



**Pedro Nuno de Jesus
Bonfim Correia Laja**

**Fatores de Vulnerabilidade Para as Disfunções
Sexuais: Preditores Psicológicos e Correlatos
Fisiológicos**



**Pedro Nuno de Jesus
Bonfim Correia Laja**

**Fatores de Vulnerabilidade Para as Disfunções
Sexuais: Preditores Psicológicos e Correlatos
Fisiológicos**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, realizada sob a orientação científica do Doutor Pedro Jorge da Silva Coelho Nobre, Professor da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto e com a coorientação do Doutor Carlos Fernandes da Silva do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

Apoio Financeiro da FCT e do FSE
No âmbito do III Quadro Comunitário de Apoio
(Bolsa de Investigação SFRH/ BD/ 49172/ 2008)



o júri

Presidente

Prof. Doutor Valeri Skliarov
Professor Catedrático do Departamento de Eletrónica, Telecomunicações
e Informática da Universidade de Aveiro

Doutor António José Pacheco Palha,
Professor Catedrático Aposentado, Faculdade de Medicina, Universidade
do Porto

Doutor Pedro Jorge da Silva Coelho Nobre
Professor Associado com Agregação, Faculdade de Psicologia e Ciências
da Educação, Universidade do Porto (Orientador)

Doutora Ana Alexandra Carvalheira dos Santos
Professora Auxiliar, ISPA - Instituto Universitário de Ciências
Psicológicas, Sociais e da Vida

Doutora Isabel Maria Barbas dos Santos
Professora Auxiliar, Universidade de Aveiro

Doutora Sandra Cristina de Oliveira Soares
Professora Auxiliar, Universidade de Aveiro

À minha Mãe

agradecimentos

Esta dissertação só foi possível concretizar, pela dedicação e envolvimento de um número de pessoas boas que a diferentes níveis, mas todos eles extremamente importantes e imprescindíveis, deram o seu contributo inestimável para que ela passasse de um projeto sonhado, a uma realidade de significativa valorização pessoal.

Ao Professor Doutor Pedro Nobre, por me ter desafiado para este projeto, por todo o apoio e incentivo dados, para que ele se concretizasse e pela enorme disponibilidade e inesgotável dedicação que sempre teve para mim. Agradeço todos os comentários e sugestões para a realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva, por ter aceitado ser coorientador desta dissertação, por ser desde há muito tempo para mim, uma referência pelas suas singulares faculdades profissionais e um modelo de valores, expresso pelas suas virtuosas qualidades pessoais e humanas.

Ao Professor Doutor Manuel Viegas Abreu (Univ de Coimbra), ao Professor Doutor Jorge Adelino Costa (Univ de Aveiro) e ao Professor Doutor Manuel Domingos (Univ de Lisboa), por terem confiado neste projeto e por terem possibilitado junto da FCT, que este projeto fosse viabilizado.

À FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia, por ter financiado integralmente a realização desde projeto.

À Universidade de Aveiro, por me ter acolhido como um dos seus alunos.

Ao SexLab, por ter possibilitado todo o trabalho que desenvolvi na recolha dos dados referentes a este projeto, por ter contribuído para o meu crescimento enquanto investigador; e especialmente aos participantes que voluntariamente possibilitaram a recolha dos dados referentes a esta dissertação.

À (Professora Doutora) Maria Jorge Ferro, pela Amizade longa, pelo entusiasmo contagiante e pelo apoio sempre presente.

À (Professora Doutora) Vera Leirós, por toda a dedicação e ajuda nas longas horas de trabalho passadas no SexLab.

À (Professora Doutora) Manuela Peixoto, por todo o apoio, companheirismo e pelo exemplo de disponibilidade, rigor e competência, que tive o privilégio de beneficiar.

À (Professora Doutora) Joana Carvalho, pela disponibilidade e por todas as sugestões e comentários que enriqueceram a minha experiência enquanto Investigador.

À (Professora Doutora) Ana Luísa Quinta-Gomes, por ser sempre uma fonte segura de apoio e pela inestimável ajuda e dedicação ao longo da redação desta dissertação

À (Professora Doutora) Cátia Oliveira, pela Amizade, dedicação e completa disponibilidade para me apoiar em tantos momentos importantes..

À (Professora Doutora) Sandra Vilarinho, por toda a Amizade, pela grande cumplicidade que tem construído comigo e por toda a ajuda e disponibilidade na concretização deste projeto.

agradecimentos

To Professor Erik Janssen, for his friendship and kind advice along this project.

À Né (in memoriam), por todos os momentos que pudemos partilhar ao longo de muitos anos e pela presença espiritual que me tem acompanhado.

À minha família alargada, por serem sempre uma referência de conforto e tranquilidade em todos os momentos da minha Vida.

Aos meus Amigos que têm partilhado e enriquecido a minha Vida, com a sua presença inestimável.

Ao meu Pai e aos meus irmãos por estarem sempre presentes, por serem o meu mais forte apoio e segurança, desde sempre.

À Susana, a minha profunda gratidão, por ter preenchido a minha Vida com momentos inesquecíveis que fizeram de mim uma pessoa melhor.

Ao Pedro (Nobre), por todo o Amor fraterno com que me tem privilegiado ao longo de todo este Tempo, pela companhia protetora e por ser desde há muito, uma bênção na minha Vida.

Aos meus filhos, Tiago, Diogo e Pedro, por todo o orgulho que me têm transmitido e por serem a minha maior inspiração.

.

palavras-chave

Disfunção erétil, excitação sexual, resposta sexual masculina, excitação/inibição sexual, efeito stroop.

resumo

A disfunção erétil é um problema de saúde que condiciona a qualidade de vida de muitos homens. Para além das abordagens médicas, tem sido atribuído um papel cada vez mais importante aos fatores cognitivo-afetivos implicados nesta dimensão da resposta sexual masculina. Apesar de já existirem estudos realizados neste campo, ainda são poucos os que comparam em laboratório, homens sem disfunção erétil e homens com disfunção erétil. Neste estudo, procurou-se investigar de que forma se diferenciam os homens sem disfunção erétil, dos homens com disfunção erétil, no que diz respeito à propensão para a excitação e inibição sexual, bem como à resposta sexual subjetiva e fisiológica, e ao tipo de pensamentos e emoções vivenciados durante a exposição a estímulos de natureza sexual em contexto laboratorial. Foi ainda investigada a interferência (efeito Stroop) cognitiva despoletada por palavras de cariz sexual. Este estudo contou com a participação de 22 homens com disfunção erétil e 20 homens sem disfunção erétil, avaliados no SexLab. Os resultados encontrados revelaram que os homens com disfunção erétil apresentam maior propensão para a inibição sexual, bem como níveis significativamente inferiores de resposta sexual subjetiva e fisiológica e menos pensamentos de cariz sexual face à exposição a estímulos eróticos em contexto laboratorial.

keywords

Erectile dysfunction, sexual arousal, subjective sexual arousal, male sexual response, sexual excitation/inhibition, Stroop effect.

abstract

Erectile dysfunction is a health problem that affects the quality of life of many men. In addition to medical approaches, it has been assigned an increasingly important role to cognitive-affective factors involved in male sexual response. Despite the accumulated knowledge in this field, there is a scarcity of studies comparing cognitive-emotional processes and sexual responses of men with and without erectile dysfunction in the laboratory. In this study, we sought to investigate how men without erectile dysfunction differ from, men with erectile dysfunction, with regard to the propensity for sexual inhibition and excitation as well as to the subjective and pshysiological sexual response, and the nature of sexual thoughts and emotions during exposure to sexual explicit material in the laboratory. We also investigated the cognitive interference (Stroop effect) triggered by words associated to sexual context. This study had the participation of 22 men with erectile dysfunction and 20 men without erectile dysfunction, evaluated in the SexLab. The results showed that men with erectile dysfunction present higher propensity for sexual inhibiton as well as significantly lower levels of subjective and pshysiological sexual arousal and less sexual thoughts during exposure to erotic stimulus in the laboratory.

Índice

Introdução	2
Capítulo I – Enquadramento Teórico	5
1 – Introdução	6
1.1 - Sistemas de Classificação e Nosologia da Disfunção Erétil	7
1.2 - Epidemiologia da Disfunção Erétil	9
1.3 - Comorbilidade da Disfunção Erétil	12
1.4 - Etiologia da Disfunção Erétil	13
1.4.1 - Fatores etiológicos de cariz bio-médico	16
1.4.2 - Fatores etiológicos de cariz psicossocial	17
2 - Modelos de Conceptualização Psicológica das Disfunções Sexuais	18
2.1 - Os Modelos Clássicos de Masters e Johnson e de Helen Kaplan	18
2.2 - O Modelo Cognitivo-Afetivo de Barlow	19
2.2.1 - Estudos sobre o papel da ansiedade e ativação fisiológica	21
2.2.2 - Estudos sobre o controlo voluntário e auto-avaliação da resposta de ereção	23
2.2.3 - Estudos sobre o papel da distração cognitiva	23
2.2.4 - Estudos sobre exigências de desempenho	24
2.2.5 - Estudos sobre o papel do afeto deprimido	25
2.3 - O Modelo Cognitivo-Emocional de Nobre e Pinto-Gouveia	27
2.3.1 - Estudos sobre o Papel da Personalidade e Afeto-Traço	30
2.3.2 - Estudos sobre o Papel das Crenças Sexuais	30
2.3.3 - Estudos sobre o Papel dos Esquemas Cognitivos no Funcionamento Sexual	31
2.3.4 – Estudos sobre o Papel dos Pensamentos Automáticos no Funcionamento Sexual	32
2.3.5 – Estudos sobre o Papel das Emoções no Funcionamento Sexual	33
2.4 – O Modelo de Controlo Dual de Bancroft e Janssen	35
3 - O Teste de Stroop	38
3.1 - Modelos Explicativos do Efeito Stroop	38
3.2 - Aplicações Clínicas do Teste de Stroop	42
Capítulo II – Estudos Empíricos	45
1 – Metodologia	46
1.1 - Descrição da Amostra	46
1.2 – Procedimentos	46
1.3 – Instrumentos	48
1.3.1 – Medidas de Auto-Resposta	48
1.3.1.1 – Escalas de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES)	48
1.3.1.2 – Índice Internacional de Função Erétil (IEEF)	49
1.3.1.3 – Questionário de Pensamentos Sexuais (STQ)	49
1.3.1.4 – Escalas de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS)	50
1.3.1.5 – Questionário de Excitação Sexual Subjetiva	50
1.3.1.6 – Entrevista de Avaliação das Disfunções Sexuais (SDI)	50
1.3.2 – Medidas de Resposta Genital	51
1.3.2.1 – Indium Gallium	51
1.3.3 – Filmes Sexuais	51
1.3.4 – Teste de Stroop	51
Capítulo III	54
Estudo 1 - Excitação e Inibição Sexual em Homens com e sem Disfunção Erétil	54
1 – Introdução	55
2 – Metodologia	57
2.1 – Participantes	57
2.2 – Procedimentos	57
2.3 – Instrumentos	58

3 – Resultados	59
4 – Discussão	61
5 - Referências Bibliográficas	64
Capítulo IV	
Estudo 2 – Funcionamento Sexual e Resposta Sexual Genital e Subjetiva face a estímulos eróticos em Homens com e sem Disfunção Erétil	65
1 – Introdução	66
2 – Metodologia	68
2.1 – Participantes	68
2.2 – Procedimentos	69
2.3 – Instrumentos	70
3 – Resultados	71
3.1 - Funcionamento Sexual	71
3.2 – Resposta Sexual Genital	72
3.3 – Resposta Sexual Subjetiva	73
3.4 – Correlação entre Resposta Sexual Genital e Subjetiva	74
4 – Discussão	74
5 - Referências Bibliográficas	77
Capítulo V	
Estudo 3 - Pensamentos e Resposta Afetiva face a Estímulos Sexuais em Homens com e sem Disfunção Erétil	81
1 - Introdução	82
1.1 – Pensamentos	82
1.2 – Emoções	84
1.2.1 – Afeto e Humor Deprimido	84
2 – Metodologia	86
2.1 – Participantes	86
2.2 – Procedimentos	86
2.3 – Instrumentos	87
3 – Resultados	88
3.1 – Pensamentos	88
3.2 – Emoções	90
3.3 – Correlação entre Pensamentos, Afeto e Resposta Sexual Subjetiva e Fisiológica	91
4 – Discussão	93
5 – Referências Bibliográficas	95
Capítulo VI	
Estudo 4 - Diferenças na Execução de uma Tarefa Stroop entre Homens com e sem Disfunção Erétil	99
1 – Introdução	100
2 – Metodologia	103
2.1 – Participantes	103
2.2 – Procedimentos	104
2.3 - Instrumentos Utilizados	104
3 – Resultados	106
4 – Discussão	107
5 - Referências Bibliográficas	109
Capítulo VII – Conclusões e Discussão geral	113
Capítulo VIII - Referências Bibliográficas Gerais	121
Anexos	
Entrevista de Avaliação de Disfunções Sexuais (Versão Masculina)	
Questionário SIS/SES (Versão Masculina)	
Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS)	
Índice Internacional de Função Erétil	
Questionário de Pensamentos Sexuais	

Introdução

A presente dissertação congrega um conjunto de estudos desenvolvidos pelo autor nos últimos quatro anos da sua atividade enquanto investigador na área da Sexologia e inserem-se no âmbito do Programa de Trabalhos de Doutoramento apresentado à Universidade de Aveiro e à Fundação para a Ciência e Tecnologia.

A escolha desta temática para a realização de um trabalho de investigação com o significado de uma dissertação de Doutoramento, corresponde a uma motivação pessoal de há longos anos, alimentada pelo autor. Não só porque o estudo das várias dimensões da expressão sexual, é desde há muitos anos uma área de forte investimento pessoal, mas também porque a oportunidade de integrar um projeto pioneiro em Portugal, associado a uma equipa talentosa com uma liderança de excelência, seriam por si só razões de forte impacto, para realizar este empreendimento.

A oportunidade de associar um estudo laboratorial, com a recolha de sinais fisiológicos da resposta sexual masculina, associada à obtenção de indicadores cognitivos e emocionais, traduzidos também numa abordagem neuropsicológica dos processos de interferência atencional, possibilitou a satisfação pessoal, de contribuir para a reflexão da dualidade cartesiana (*res cogitans/res extensa*), ou dito de outra forma, ser mais um contributo para a reflexão sobre a dicotomia corpo/mente.

O reconhecimento desta dualidade cartesiana, observada no domínio da disfunção erétil, é facilmente identificável no peso esmagador dos estudos científicos realizados com o cunho do modelo médico e de importância inquestionável de que a comercialização do sildenafil nos anos 90, surge como expoente maior. No entanto, tem sido mais recentemente demonstrado, já de forma significativa, a importância dos fatores de natureza individual e interpessoal na sexualidade masculina, nomeadamente a importância das cognições e emoções. Contribuir para a explicitação desta temática, foi uma motivação maior para a realização dos estudos aqui apresentados.

O objetivo central desta dissertação é o de investigar os fatores de vulnerabilidade individual para as disfunções sexuais masculinas, enquadrados com os seus preditores psicológicos e correlatos fisiológicos. Neste contexto, a presente dissertação afirma-se como um estudo pioneiro, na medida em que traduz a aplicação de uma metodologia estritamente experimental, de controlo laboratorial, que possibilita a comparação de vários indicadores da resposta sexual, entre homens com e sem disfunção erétil.

O presente trabalho está dividido essencialmente em duas partes. Uma primeira parte mais centrada nos aspetos decorrentes de uma revisão teórica dos vários conceitos analisados neste estudo e uma segunda parte, onde são apresentados e discutidos os estudos realizados no SexLab e os resultados deles decorrentes.

Assim, no primeiro capítulo, faz-se um enquadramento teórico dos vários aspetos da disfunção erétil. Aqui são abordados temas como os sistemas de classificação de acordo com as principais entidades internacionais de referência, os aspetos relacionados com a sua epidemiologia, a comorbilidade com outras perturbações psicopatológicas e os principais fatores concorrentes para a sua etiologia. Ainda neste primeiro capítulo, são apresentados os vários modelos de conceptualização da disfunção erétil. São referidos os modelos clássicos de Masters e Johnson e de Helen Kaplan, como primeiros contributos para a compreensão da resposta sexual humana como um processo psicofisiológico, passível de abordagem terapêutica. É apresentado o modelo Cognitivo-Afetivo de Barlow, com a ênfase que coloca no papel desempenhado pela interação entre os processos cognitivos, afectivos e fisiológicos na moderação da resposta sexual.

São também apresentados o modelo Cognitivo-Emocional de Nobre e o modelo de Controlo Dual de Bancroft e Janssen, concluindo-se este capítulo com uma apresentação do teste de Stroop e uma revisão dos modelos explicativos e apresentação de estudos sobre a sua utilização em amostras clínicas.

Na segunda parte, constituída pelos estudos empíricos, faz-se a apresentação e discussão dos estudos que sustentaram este projeto de investigação.

Assim, no segundo capítulo, faz-se uma descrição geral da metodologia utilizada, contemplando a descrição da amostra, os procedimentos realizados para a sua recolha, os instrumentos utilizados quer para a análise da excitação subjetiva, quer para a análise da excitação fisiológica e os questionários de auto-resposta usados. Neste capítulo é também apresentada a versão do teste stroop modificado, utilizado neste projeto.

No terceiro capítulo, é apresentado o estudo comparativo dos níveis de excitação e inibição sexual entre os homens com e sem disfunção erétil. Para além de uma breve síntese do estado da arte sobre as investigações realizadas tendo por base o modelo do controlo dual, é também estudada a relação entre a propensão para a inibição e a excitação sexual e a resposta sexual genital e subjetiva apresentada face a estímulos de natureza sexual em laboratório.

No quarto capítulo, é apresentado o estudo sobre funcionamento sexual e resposta sexual genital e subjetiva face a estímulos eróticos em homens com e sem disfunção erétil. Aqui, após um breve enquadramento teórico acerca dos conceitos gerais de excitação, excitação genital e excitação subjetiva, é descrita a metodologia adotada em laboratório, para a recolha dos resultados deste estudo e apresentados dados sobre as diferenças entre o grupo clínico e de controlo ao nível do funcionamento sexual, bem como da resposta sexual genital e subjetiva face a estímulos sexuais em contexto laboratorial.

No quinto capítulo, é apresentado o estudo sobre pensamentos e resposta afetiva face a estímulos sexuais em homens com e sem disfunção erétil. Este capítulo apresenta uma descrição sumária das principais investigações realizadas, tendo por base a relação entre as diferentes dimensões de pensamentos e emoções apresentadas em contexto sexual e o seu impacto na resposta e no funcionamento sexual. O estudo compara as diferenças entre o grupo clínico e de controlo ao nível dos pensamentos e emoções auto-relatados durante a exposição a filmes de conteúdo sexual em laboratório bem como

investiga a associação entre pensamentos e emoções e as respostas sexuais genitais e subjetivas face a estímulos sexuais.

O sexto capítulo consiste na apresentação do estudo realizado sobre as diferenças na execução de uma tarefa Stroop entre homens com e sem disfunção erétil. É apresentada inicialmente uma contextualização do efeito Stroop modificado, bem como alguns estudos realizados neste domínio.

O estudo conduzido no laboratório após a visualização de estímulos sexuais, compara os tempos de resposta numa tarefa de stroop modificado face a categorias de palavras neutras, positivas, negativas gerais e negativas específicas (relacionadas com disfunção erétil).

Capítulo I

Enquadramento Teórico

1 – Introdução

O estudo da sexualidade humana constitui-se como um dos mais ricos e complexos campos do comportamento humano, na medida em que se torna inevitável a análise da interação entre os mecanismos de origem biológica e os contextos de natureza psicossocial, em que a sexualidade se insere.

Esta associação multideterminada entre os fatores de natureza orgânica e as dimensões psicossociais, quer da sexualidade numa forma geral, quer da resposta sexual em particular, tem permitido o estudo tanto dos fatores que a promovem e potenciam, contribuindo para a melhoria da saúde sexual, como dos fatores que a comprometem e condicionam, perturbando assim uma vivência sexual gratificante e saudável.

No que à sexualidade masculina diz respeito, e especialmente no campo da resposta sexual de excitação, desde sempre tem persistido um interesse significativo em conhecer os mecanismos envolvidos na capacidade erétil. A atenção concedida a esta capacidade, concebida muitas vezes como pré-requisito fundamental para uma vida sexual saudável, tem contribuído para que no campo da Medicina tenham sido apresentadas várias soluções terapêuticas com o fim de contribuir para a diminuição ou correção dos impactos negativos resultantes da perda total ou parcial da capacidade de ereção do pénis. De facto, para muitos homens, não existe experiência mais ameaçadora do que não conseguir ter uma ereção de acordo com a sua vontade. Assim, as dificuldades de ereção estão muitas vezes associadas a perda da auto-estima, à depressão e a emoções negativas como o desespero (Abrahamson et al., 1985, 1989; Beck & Barlow, 1986a, 1986b).

Uma das consequências desta atenção muito focalizada e até exclusiva na função erétil, é uma certa simplificação da resposta sexual masculina, reduzindo-a exclusivamente às questões associadas à genitalidade, contribuindo assim para que o homem fique cativo da quantidade e qualidade das suas ereções, como indicador único da sua competência para se sentir sexualmente satisfeito e simultaneamente para ser capaz de proporcionar prazer à sua companheira. (Fisher, Meryn, Sand, Brandenburg, Buvat, Mendive et al., 2005)

Não é totalmente incomum que nalguns contextos (maiores períodos de stress, ou a convivência com um novo parceiro sexual), possam surgir nalguns homens, dificuldades ocasionais na resposta de excitação sexual, sem que por isso possam ser conceptualizadas como um quadro clínico de disfunção erétil. No entanto, para alguns homens, com uma maior sensibilidade à falha no desempenho sexual, estes episódios pontuais, podem trazer níveis de sofrimento pessoal, assim como, algumas vezes, serem o fator precipitante para condicionar futuros desempenhos sexuais, e definirem-se como pontos de partida para o estabelecimento de um quadro de disfunção erétil. (Fisher et al. 2005)

A disfunção erétil, independentemente da sua diversificada etiologia, tem um lugar cimeiro nas dificuldades sexuais apresentadas pelos homens que procuram ajuda especializada, sendo considerada um problema de saúde pública com expressão a nível global (Goldstein, 2004; Vendeira, 2003).

Os progressos da farmacoterapia possibilitaram uma verdadeira revolução no tratamento da disfunção erétil, na medida em que possibilitaram a muitos homens, a recuperação da sua capacidade erétil, para níveis significativamente eficazes e satisfatórios. No entanto, e apesar da eficácia obtida com a utilização das intervenções farmacológicas, os níveis de descontinuação e de insatisfação verificados, fazem antever que uma nova dimensão do tratamento da disfunção erétil, venha a integrar conjuntamente abordagens médicas e psicológicas (Althof, Leiblum, Chevret-Measson, Hartmann, Levine, McCabe, et al., 2005; Basson, 1998; Carvalheira, Pereira, Maroco, & Forjaz, 2012; Metz & McCarthy, 2005).

Estudos recentes têm demonstrado de forma consistente que a utilização combinada de intervenções médicas e psicológicas, garante resultados e benefícios a curto e médio prazo, quer para o homem, quer para o casal, contribuindo assim para a consolidação com base empírica, deste novo paradigma (Althof & Rosen, 2010; Aubin, Heiman, Berger, Murallo, & Yung-Wen, 2009; Banner & Anderson, 2007; Phelps, Jain, & Monga, 2004).

Com esta mudança de paradigma, é reconhecida a importância dos fatores de ordem psicológica na forma como é vivida a disfunção erétil, bem como o seu papel enquanto fatores de predisposição e manutenção para esta patologia.

1.1 - Sistemas de Classificação e Nosologia da Disfunção Erétil

A necessidade de distinguir o comportamento normal do patológico, está na base da criação dos sistemas de classificação das perturbações mentais (Nobre, 2006). Estes sistemas de classificação são instrumentos indispensáveis para a orientação da avaliação, diagnóstico e planificação da intervenção terapêutica em contexto clínico, porque se baseiam em definições uniformizadas e padronizadas de uma grande diversidade de quadros psicopatológicos, constituindo-se também como referenciais metodológicos para a investigação (Hatzimouratidis & Hatzichristou, 2007).

Os dois principais sistemas de classificação tidos como referência para a classificação das perturbações do funcionamento sexual, são a Classificação Internacional das Doenças (ICD) desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), atualmente na sua décima revisão; e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) desenvolvido pela American Psychiatric Association, na sua quinta edição (APA, 2013).

Assim, no que às disfunções sexuais diz respeito, as sucessivas revisões do DSM e da ICD têm mostrado a evolução histórica das concepções de normalidade/patologia sexual. O DSM-II (1968), por exemplo, incluiu pela primeira vez a categoria das perturbações genito-urinárias, que viria a ser a precursora das disfunções sexuais (Nobre, 2006). Já a terceira versão deste Manual, profundamente influenciada pelos trabalhos de Masters e Johnson, e pelos contributos de Helen Kaplan, marcou definitivamente a ligação das disfunções sexuais ao ciclo da resposta sexual humana, passando as disfunções sexuais a serem conceptualizadas em função do ciclo da resposta sexual que aparece comprometido. Passamos assim a ter disfunções sexuais associadas à perturbação do desejo, da excitação, do orgasmo e da dor sexual (Nobre, 2006). Neste enquadramento, a disfunção erétil surge assim como uma perturbação da fase de excitação sexual, e que de acordo com o DSM IV, é definida como a incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter uma adequada ereção até completar a atividade sexual (Critério A), acompanhada de sofrimento pessoal e de dificuldades interpessoais significativas (Critério B) (APA, 2000).

A versão final do DSM – 5 define a disfunção erétil como: uma dificuldade acentuada em obter ereção durante a atividade sexual; e/ou uma dificuldade acentuada em manter uma ereção até o fim da atividade sexual; e/ou uma diminuição acentuada na rigidez erétil. Pelo menos um destes três sintomas, deve ser vivenciado em quase todas ou em todas as ocasiões (aproximadamente 75 a 100%) de atividade sexual (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos) (Critério A).

Os sintomas do Critério A persistem por um período mínimo de aproximadamente seis meses (Critério B). Os sintomas do Critério A causam sofrimento clinicamente significativo (Critério C) e a disfunção sexual não é melhor explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de uma perturbação grave do relacionamento ou de outros stressores importantes e não é atribuível aos efeitos de alguma substância/medicamento ou a outra condição médica.

Esta nova definição do DSM-5, determina dois subtipos, quanto ao início da disfunção:

- a) Ao longo da vida: A perturbação esteve presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.
- b) Adquirido: A perturbação iniciou-se depois de um período de função sexual relativamente normal.

Determina dois subtipos quanto aos contextos de ocorrência:

- a) Generalizado: Não se limita a determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros.
- b) Situacional: Ocorre somente com determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros.

E especifica três dimensões, quanto à gravidade atual:

- a) Leve: Evidência de sofrimento leve em relação aos sintomas do Critério A.
- b) Moderada: Evidência de sofrimento moderado em relação aos sintomas do Critério A.
- c) Grave: Evidência de sofrimento grave em relação aos sintomas do Critério A.

1.2 - Epidemiologia da Disfunção Erétil

Pelo elevado número de estudos referentes à epidemiologia das disfunções sexuais no geral, e da disfunção erétil em particular, não é muito fácil encontrar números concordantes sobre as taxas de prevalência destas perturbações. Apesar destas discrepâncias, que traduzem na maior parte das vezes, variações nas definições e metodologias utilizadas (Hayes, 2008), é possível encontrar algum consenso quanto ao elevado número da prevalência desta perturbação na população geral masculina, da mesma forma como é reconhecido o seu impacto negativo ao nível do bem-estar sexual e da qualidade de vida dos indivíduos e das suas parceiras (Christensen, Grønbaek, Osler, Pedersen, Graugaard, & Frisch, 2010; Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane, & McKinlay, 1994; Fugl-Meyer & Sjögren Fugl-Meyer, 1999; Laumann, Paik, & Rosen, 1999; Lewis, Fugl-Meyer, Bosch, Fugl-Meyer, Laumann, Lizza, & Martin-Morales, 2004; Mercer et al., 2003; Richters, Grulich, de Visser, Smith, & Rissel, 2003; Wagner, Fugl-Meyer, & Fugl-Meyer, 2000).

Simons e Carey (2001) numa revisão da literatura sobre a prevalência da disfunção sexual, com amostras da comunidade, realizados nos anos 90, constataram que a disfunção erétil e a ejaculação prematura, são as perturbações sexuais masculinas mais frequentes, estimadas entre os 0-5% e os 4-5 %, respetivamente.

Num estudo semelhante, Lewis e colaboradores (2004), constataram que os dados epidemiológicos encontrados apontavam para cerca de 20% a 30% de homens na idade adulta que experienciavam pelo menos uma disfunção sexual, aquando da realização dos estudos. Uma constatação adicional acerca dos estudos sobre a prevalência das disfunções sexuais masculinas, é o aumento significativo da incidência de dificuldades sexuais nos homens, à medida que a sua idade aumenta. Este processo é particularmente mais notório na disfunção erétil. Os vários estudos apontam valores de prevalência para a disfunção erétil em cerca de 1-9% para homens com idades inferiores a 40 anos, aumentando estes números de uma forma significativa para os 20-40% em idades próximas dos 60 anos, e de cerca dos 50-75% em homens acima dos 70 anos de idade (Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane & McKinlay, 1994; Simons & Carey, 2001; Mannino, Klevens & Flanders, 1994; Panser, Rhodes, Girman, Guess, Chute, Oesterling, et al., 1998).

Resultados diferentes foram no entanto encontrados num estudo australiano (*The Australian Study of Health and Relationships*) conduzido por Richters, Grulich, de Visser, Smith e Rissel (2003). Neste estudo, para um universo de 8517 homens entrevistados, a percentagem de homens com disfunção erétil estimava-se em 9,5%, com queixas percebidas pelo menos durante um mês no ano anterior à elaboração

deste estudo. A disfunção erétil surge apenas como a terceira queixa mais frequente, logo atrás do desejo sexual hipoativo (24,9%) e da ejaculação precoce (23,8%). Este estudo mostrou no entanto que as dificuldades de ereção são a queixa mais frequente nos homens com idades superiores aos 40 anos (Richters et al., 2003).

No *National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles in Britain*, conduzido por Mercer (2003), as dificuldades eréteis foram apontadas por 5,8% dos homens; um número significativamente menor, quando comparado com os 17,1% de homens com queixas relacionadas com a perda do interesse sexual, e os 11,7% de homens com queixas de ejaculação precoce.

Nos Estados Unidos, dois estudos de grande impacto, trouxeram dados interessantes à questão da prevalência das perturbações sexuais masculinas. O *National Health and Social Life Survey* (NHSLS), com uma amostra de 1410 sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos de idade, residentes nos Estados Unidos, encontrou uma prevalência de 7% para as faixas etárias compreendidas entre os 18 e os 29 anos, cerca de 9% para as idades entre os 30-39 anos; 11% para as idades entre os 40-49 anos e 18% para os homens entre os 50-59 anos. A primeira consideração que se pode logo fazer é sobre a real prevalência das dificuldades encontradas, por não terem sido escrutinadas as idades superiores aos 60 anos.

O segundo estudo, o *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS) centrou-se numa amostra de 1709 homens residentes na área metropolitana de Boston, com idades entre os 40 e os 70 anos. Os dados mostraram que 52% dos homens entrevistados confirmaram ter algum tipo de dificuldades ao nível da ereção, tendo sido possível também constatar que entre os 40 e os 70 anos, a probabilidade de encontrar homens com disfunção erétil completa triplicou de 5% para 15%; e a moderada duplicou de 17% para 34% (Feldman et al., 1994).

Em Portugal, também têm sido feitos estudos que nos permitem obter dados de referência para a prevalência da disfunção erétil. A Sociedade Portuguesa de Andrologia, ao realizar um estudo englobando 1250 indivíduos com idades entre os 18 e os 75 anos, encontrou uma percentagem de 13% de homens que referiram ter tido algum tipo de dificuldades de ereção. Neste mesmo estudo, no entanto, quando consideradas apenas as dificuldades eréteis de gravidade moderada e severa, apenas 5% dos sujeitos experienciou esse tipo de dificuldades (Vendeira, Pereira, Tomada, & Macedo, 2005).

Um outro estudo realizado com 3548 homens com idades entre os 40 e os 69 anos, entrevistados em Centros de Saúde de diversas regiões de Portugal, encontrou uma taxa de prevalência destas dificuldades de cerca de 48% (Teles, Carreira, Alarcão, Aragués, Lopes, Mascarenhas, & Costa, 2008). Este mesmo estudo, encontra uma taxa de prevalência de 35% quando as queixas têm uma severidade

ligeira, e valores de apenas 9% e 4% quando as queixas têm níveis de severidade moderada e severa, respetivamente. De uma forma semelhante, como nos estudos internacionais, estes estudos demonstraram que as taxas de prevalência, bem como a severidade das dificuldades de ereção, tendem a aumentar com a idade (Teles et al., 2008).

Vilar (2010) na coordenação do inquérito Saúde e Sexualidade, avaliou a prevalência das dificuldades sexuais em 3300 homens. Neste estudo, 9% dos participantes referiu ter problemas em obter ou manter uma ereção. Estes valores sobem para os 32% nas idades compreendidas entre os 55 e os 65 anos, seguindo-se as faixas etárias entre os 45 e os 54 anos, com 11%, havendo uma percentagem de 6% de homens entre os 35 e os 44 anos. Tal como estudos anteriores demonstraram, as taxas mais baixas de prevalência nestas dificuldades, encontram-se em homens mais novos; 3% e 2% para os intervalos de idade, 18-24 anos e 25-34 anos, respetivamente.

Quinta Gomes e Nobre (2014), avaliaram a prevalência das dificuldades sexuais numa amostra composta por 650 homens portugueses com idades entre os 18 e os 70 anos. Para a realização deste estudo, foi utilizada uma amostra da população geral, estratificada por escalões etários, estado civil e habilitações literárias, de acordo com os dados do Censos 2001. Foram também utilizados critérios de frequência para a estimativa das taxas de prevalência sugeridos para o DSM-5 (Segraves, 2010). Neste estudo, os sujeitos que se queixaram de dificuldades sexuais em pelo menos 75% das situações envolvendo contacto sexual com uma parceira, foram avaliados como apresentando uma dificuldade sexual de severidade moderada a grave, e aqueles que referiram manifestar essas dificuldades em pelo menos 50% dos encontros sexuais, foram avaliados como tendo um problema sexual ligeiro. Os dados recolhidos quanto à prevalência de dificuldades eréteis, revelaram que 10.2% dos homens da amostra apresentava dificuldades em ter ou manter a ereção em 75% ou mais das ocasiões sexuais. Este estudo também revelou que a prevalência de dificuldades eréteis aumenta gradualmente em homens com idades acima dos 45 anos. Em homens com idades abaixo dos 45 anos os valores de prevalência encontrados são relativamente baixos (1% a 6%), duplicando em homens com idades compreendidas entre os 45 e 54 anos (12%) e atingindo a sua expressão máxima em indivíduos acima dos 55 anos (21%). Neste estudo, quando são considerados os dados de prevalência para as dificuldades eréteis ligeiras, estes apontam para valores significativamente mais elevados (7% a 12% em homens com idades compreendidas entre 18 a 44 anos e 23% a 39% em homens acima dos 45 anos). Este estudo mostrou ainda que a idade se constituiu como o melhor preditor sociodemográfico para a generalidade das dificuldades sexuais, exceto para a ejaculação rápida, e que níveis educacionais baixos se associavam a mais dificuldades ao nível do orgasmo (Quinta Gomes & Nobre, 2014).

A disfunção erétil, quando analisada em estudos de prevalência com amostras clínicas, detém uma posição de topo nas estatísticas apresentadas, afirmando-se como uma das mais recorrentes queixas

registadas em homens que procuram ajuda especializada para as dificuldades sexuais. Os estudos já desenvolvidos em Portugal apontam para valores de prevalência que variam entre 63% (Gomes, Fonseca, & Gomes, 1997) e 69.4% (Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes 2006), valores significativamente mais elevados comparativamente aos 24% a 53% encontrados em alguns estudos realizados noutros países da Europa e nos Estados Unidos (Bancroft & Coles, 1976; Bhui, Herriot, Dein, & Watson, 1994; Hawton, 1982; Renshaw, 1988).

De uma maneira geral, os diversos estudos apresentados mostram que a disfunção erétil é uma queixa comumente encontrada em homens sexualmente ativos, quer da comunidade, quer em contexto clínico (Meuleman, E., 2002; Simons, J.; & Carey, M., 2002; Kubin, M., Wagner, G., & Fugl-Meyer, A., 2003). Contudo, poderemos supor que os dados disponíveis podem subestimar a real prevalência deste tipo de patologia sexual atendendo ao facto de muitos homens da população geral não procurarem ajuda para as suas dificuldades ou simplesmente não as assumirem quando questionados acerca das mesmas (Saigal; Wessells, Pace, Schonlau, e Wilt, 2006; Lewis, 2001). O reconhecimento do impacto individual, familiar e social deste tipo de patologia coloca-o na lista dos problemas de saúde pública da atualidade, preconizando-se por essa razão uma abordagem mais sistemática no rastreio de dificuldades sexuais na prática clínica geral e especializada.

1.3 - Comorbilidade da Disfunção Erétil

A disfunção erétil está frequentemente associada a outras situações clínicas. De acordo com a Associação Americana de Endocrinologia Clínica (AACE, 2003), a disfunção erétil pode estar relacionada com fatores de ordem psicológica como problemas na relação e na comunicação do casal, ou a ansiedade de desempenho, bem como fatores de ordem física como problemas vasculares, ou disfunções hormonais.

A disfunção erétil aparece também fortemente relacionada com doenças cardiovasculares, hipertensão, dislipidémia ou hiperlipidémia, diabetes mellitus, depressão, ou sintomatologia no baixo trato urinário (Fine, S., 2004). Um estudo de Burchardt, Burchardt, Anastasiadis, Kiss, Shabsigh, e de La Taille (2001), revelou que homens hipertensos com disfunção erétil tinham de forma significativa, uma maior prevalência de complicações vasculares. Por sua vez o *Massachussets Male Aging Study* (Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane & McKinlay 1994), refere também a associação da disfunção erétil a uma gama alargada de patologias como a depressão, doenças cardíacas, hipertensão, diabetes e baixos níveis de colesterol de lipoproteína de alta densidade.

Um estudo de Chung, Sohn, e Park. (1999), revelou que existe uma diferença estatisticamente significativa ao nível da função erétil, medida pela rigidez peniana, entre homens obesos (1.32) e homens sem problemas de obesidade (1.62). Este estudo revelou também que os homens obesos apresentam uma maior prevalência de doenças vasculares.

Por outro lado, a relação forte entre a disfunção erétil e a depressão vem demonstrada no estudo de Shabsigha, Kleina, Seidmana, Kaplana, Lehrhoffa e Rittera, (1998), em que 54% de um total de 100 homens com disfunção erétil, apresentava sintomatologia depressiva. Foi possível também constatar neste estudo, que os homens com disfunção erétil, apresentavam 2.6 vezes mais probabilidades de desenvolverem sintomatologia depressiva comparativamente a um grupo de controlo sem disfunção erétil. Os participantes com disfunção erétil apresentaram também uma diminuição da libido, tal como os participantes com sintomatologia depressiva.

A prevalência de outras sintomatologias em homens com disfunção erétil, vem descrita num estudo de Seftel, Sun e Swindle (2004), sendo possível encontrar os seguintes valores: 41.6% para a hipertensão, 42.4% para a hiperlipidémia, 20.2% para a diabetes mellitus, 11.1% para a depressão, 23.9% para a hipertensão e hiperlipidémia, 12.8% para a hipertensão e diabetes mellitus, e 11.5% para a hiperlipidémia e a depressão.

Em suma, é uma evidência que a disfunção erétil aparece associada a outras patologias, como a depressão ou as doenças cardiovasculares, partilhando com elas, alguns fatores de risco, bem como a necessidade de uma intervenção holística (Goldstein, I., 2000).

1.4 - Etiologia da Disfunção Erétil

A conceção atual das perturbações sexuais tem sido o culminar de um conjunto de contributos que têm marcado a evolução da Medicina Sexual. Esta evolução conceptual começou num primeiro momento com as contribuições das teorias psicanalíticas que justificavam a etiologia das perturbações sexuais, como o resultado de conflitos intrapsíquicos em personalidades perturbadas, renunciando assim, a toda e qualquer influência de fatores biológicos.

Ainda que se reconheça a importância primordial e revolucionária para a época, das teorias psicanalíticas, os anos 70 do século XX, começaram a consolidar as bases da terapia sexual, de inspiração comportamentalista, através dos trabalhos de William Masters e Virginia Johnson, publicados na obra clássica *Human Sexual Inadequacy* (1970). O contributo de Masters e Johnson, alicerçado na relação que estabeleceram entre as dificuldades sexuais enquanto resultado de fatores psicológicos relacionados com

a ansiedade e o papel de espectador, vem abrir caminho aos protocolos terapêuticos de carácter psicológico, posteriormente complementados pelos trabalhos de Helen Kaplan (1974), alvo de grande popularidade na época devido às taxas de eficácia terapêutica verificadas com a aplicação destes protocolos (Fonseca, Figueiredo, & Nobre, 2003).

Os avanços significativos da ciência médica, marcaram os anos 80 do sec. XX. Estes avanços traduziram-se num melhor conhecimento da fisiologia e dos mecanismos patofisiológicos da resposta erétil, que vêm enfatizar a importância dos fatores biológicos na etiologia dos problemas sexuais (Carson & Dean, 2007). Este paradigma de forte orientação organicista, possibilitou o aparecimento de um conjunto de técnicas inovadoras aplicadas ao tratamento das disfunções sexuais, de onde se destacam as intervenções farmacológicas como a injeção intracavernosa, quer com agentes vasoativos utilizados de forma isolada, quer em soluções combinadas (papaverina, fentolamina e prostaglandinas), contribuíram indiscutivelmente para a investigação científica dos mecanismos centrais e periféricos da ereção (Vendeira, 2003).

Os fortes contributos da ciência farmacológica verificados nas décadas seguintes, traduziram-se na proliferação dos agentes orais ou inibidores da fosfodiesterase-5 (sildenafil, vardenafil, tadalafil e mais recentemente o avanafil), que tiveram um impacto histórico no estudo científico da disfunção erétil, traduzindo-se numa maior visibilidade da perturbação com a consequente legitimação do seu tratamento. Devido à facilidade e à segurança da sua utilização, associada a taxas de eficácia terapêutica significativas, relegaram a questão da etiologia das queixas érteis para segundo plano, assumindo-se a base orgânica da generalidade das situações por disfunção endotelial (Segraves, 2010).

No entanto, e apesar de muito promissoras, as elevadas taxas de descontinuação que ocorriam nestas intervenções, decorrentes de um modelo biomédico cujo foco assentava exclusivamente na recuperação da ereção, e se associava a procedimentos médicos intrusivos, mecanizados e muito negligentes no que dizia respeito aos aspetos interpessoais e emocionais em que o funcionamento sexual se enquadra, forçaram o aparecimento de conceptualizações mais holísticas, mais integradoras e de natureza multidisciplinar, contribuindo para renunciar ao reducionismo das distinções cartesianas, até então em vigor, bem como à excessiva “medicalização da sexualidade” (Tiefer, 1996).

Este contexto de hipermedicalização das disfunções sexuais, renovou o interesse pelos fatores de ordem psicológica na etiologia das disfunções sexuais. Esta nova fase foi muito influenciada pelos trabalhos empíricos de David Barlow e da sua equipa, iniciados nos anos 70, e que durante os anos 80 e 90 investigaram o papel das variáveis cognitivas e emocionais no funcionamento sexual, conduzindo a uma nova conceptualização das dificuldades sexuais, mais rica e integradora. Estes trabalhos, levaram à conceptualização de um novo modelo para a etiologia das difunções sexuais, que assentou numa rutura

com os modelos anteriores de Masters e Johnson e Helen Kaplan. Este modelo proposto por Barlow, por ter uma forte base empírica assente num número considerável de estudos laboratoriais, permitiu abordar outras dimensões na resposta sexual: a) o papel da ansiedade na atividade sexual, b) a importância dos processos cognitivos na resposta sexual e, c) o papel do afeto e de outras variáveis subjetivas no desempenho sexual (Barlow, 1986).

Na sequência dos trabalhos de Barlow, tem-se assistido nos anos mais recentes a um interesse crescente sobre os efeitos dos fatores cognitivos e afetivos, na resposta sexual (Hawton, 1985; Hawton et al., 1989; Carey et al., 1993; Rosen et al., 1994; Sbrocco & Barlow, 1996; Sbrocco et al., 1997; Andersen et al., 1999).

Para além disso, vários estudos epidemiológicos têm sublinhado a prevalência de fatores de ordem psicossocial na etiologia da disfunção erétil. No *Massachusetts Male Aging Study* (Feldman et al., 1994), a disfunção erétil surge significativamente associada a sintomatologia depressiva auto-referenciada, atitudes pessimistas, ou a uma visão negativa da vida. Também o afeto deprimido foi identificado como preditor da disfunção erétil (Stuart, Seidman, Steven, Roose, Matthew, Menza, Ridwan & Rosen, 2001). Resultados semelhantes foram também encontrados no *National Health and Social Life Survey* (Laumann, Gagnon, Michael, & Michaels, 1992), em que a disfunção erétil está significativamente associada a stress emocional auto-referenciado, bem como a uma história de coerção sexual. De uma forma geral, estes estudos sublinharam a importância dos fatores psicossociais na etiologia da disfunção erétil.

Dos contributos das perspectivas bio-médicas e psicossociais, tornou-se consensual entre os especialistas da Sexologia e da Medicina Sexual, considerar o comportamento sexual numa dimensão biopsicossocial, em que aspetos de natureza biológica, psicológica e social, interagem de forma complexa e raramente isolada na determinação do comportamento e da resposta sexual (Althof, Leiblum, Chevret-Measson, Hartmann, Levine, McCabe, Plaut, Rodrigues & Wylie, 2005; Basson, 1998; Jannini, McCabe, Salonia, Montorsi, & Sachs, 2010; Metz & McCarthy, 2005).

Os dados empíricos têm revelado que a disfunção erétil está associada a uma multiplicidade de fatores médicos e psicológicos, que na maioria das vezes coexistem. Mesmo as situações clínicas com uma componente orgânica evidente, são acompanhadas por aspetos psicológicos que contribuem largamente para a manutenção e agravamento das dificuldades sexuais (mitos e crença sexuais, ansiedade de desempenho, conflitos relacionais) (Basson, 1998; Lue, Giuliano, Montorsi, Rosen, Andersson, Althof, Christ, Hatzichristou, Hirsch, Kimoto, Lewis, McKenna, Macmahon, Morales, Mulcahy, Nathan, Pryor, Tejada, Shabsigh & Wagner, 2004). Sabe-se que a vivência de problemas de ereção na sequência de uma doença crónica, pode traduzir-se em consequências emocionais importantes quer no homem, quer no

casal (auto-imagem e auto-estima diminuídas, dificuldades de ajustamento aos condicionalismos da doença) e onde se torna imperativo definir campos de intervenção.

Neste sentido vários têm sido os artigos que ao longo dos anos têm demonstrado o benefício indiscutível da combinação de intervenções de cariz psicológico com as terapêuticas farmacológicas na abordagem do doente com disfunção erétil, especialmente em casos em que se verifica uma baixa adesão à medicação (Aubin, Heiman, Berger, Murallo, & Yung-Wen, L., 2009; Banner & Anderson, 2007; Gruen, Shenfeld, & Chen, 2006; Phelps, Jain, & Monga, 2004).

1.4.1 - Fatores etiológicos de cariz bio-médico

Centrando-nos num ponto de vista estritamente fisiológico, podemos definir a ereção como um fenómeno vascular complexo que conduz à tumescência dos corpos cavernosos estando, por essa razão, dependente da integridade de um sistema vascular que garanta o afluxo de sangue necessário ao pénis, para que a ereção possa acontecer. Alterações patofisiológicas observadas no sistema vascular geral irão repercutir-se ao nível do pénis uma vez que o tecido erétil representa um leito vascular modificado (Bancroft e Mathews, 1971).

Compreende-se assim que as doenças cardiovasculares (e.g., hipertensão arterial, arteriosclerose, dislipidémia, diabetes, doença coronária) surjam como um dos principais fatores de risco para a disfunção erétil pelo impacto que vão ter ao nível do tecido endotelial do pénis, conforme apresentado nalguns estudos epidemiológicos (Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane, & McKinlay, 1994). Da mesma forma, e muito frequentemente, as queixas clínicas relacionadas com a diminuição da rigidez peniana, assim como a presença de ereções menos duradouras ou menos frequentes, podem constituir-se por si só, como a primeira manifestação de doença cardiovascular (Carson & Dean, 2007).

Igualmente, outras tipologias médicas como as doenças neurológicas (e.g., epilepsia, lesões vertebro-medulares, esclerose múltipla, doença de Parkinson), endócrina (e.g., diabetes, hipogonadismo, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperprolactinemia) e urológica (e.g., insuficiência renal, hiperplasia benigna da próstata) estão igualmente entre os fatores de risco associados à disfunção erétil.

Nesta mesma perspetiva, também se demonstrou que os efeitos secundários de causa medicamentosa (e.g., antipertensores, cardiotónicos, anticonvulsivantes, antidepressivos, antipsicóticos), alguns procedimentos cirúrgicos (e.g., prostatectomia radical), vários quadros de trauma, principalmente ao nível da região pélvica e as anomalias estruturais do pénis (e.g., doença de Peyronie), são susceptíveis de provocar alterações na capacidade erétil ou afectar a rigidez peniana e provocar outras alterações na

resposta sexual. Está também já profusamente bem documentado que o consumo regular de substâncias (e.g., álcool, tabaco), um estilo de vida sedentário, e a obesidade têm um forte impacto na saúde sexual do homem, pelo que uma eficaz intervenção terapêutica deverá igualmente sensibilizar os indivíduos para a modificação de hábitos de vida menos saudáveis (Carson & Dean, 2007).

1.4.2 - Fatores etiológicos de cariz psicossocial

Para além dos fatores médicos associados à disfunção erétil, podemos recorrer nos nossos dias, a uma grande diversidade de estudos que atestam a ocorrência de fatores de natureza psicológica na disfunção erétil. A presença ou a forma como são processados os estímulos sensoriais ou sexuais de teor negativo para determinados sujeitos, podem ter um efeito inibitório significativo no desencadeamento dos processos centrais e periféricos que conduzem à ereção. Sabemos que por exemplo, para alguns indivíduos, a presença de estados emocionais negativos (e.g., sintomas depressivos ou ansiosos), a antecipação de um mau desempenho sexual, a in experiência sexual, as memórias de experiências sexuais desagradáveis ou a presença de dificuldades no relacionamento com o parceiro, podem conduzir a um processamento inadequado dos estímulos sexuais e impedir de forma significativa o relaxamento necessário dos músculos cavernosos para que a ereção possa ocorrer (Vendeira, 2003). E é neste contexto que os fatores cognitivos e emocionais, como por exemplo as crenças sexuais disfuncionais (Nobre & Pinto Gouveia, 2006a), os esquemas cognitivos (Nobre & Pinto Gouveia, 2009; Quinta Gomes & Nobre, 2012), o humor depressivo (Araujo, Durante, Feldman, Goldstein, & McKinlay, 1998; Caspari, Huebgen, & Derouet, 1999, Feldman et al., 1994; Quinta Gomes & Nobre, 2011; Seidman & Roose, 2000), ou as dimensões relacionais (Laumann et al, Paik & Rosen., 1999), assumem especial importância, ao condicionar a expressão da resposta de excitação sexual masculina, conforme demonstrado num número significativo de estudos (ver secções seguintes para dados mais detalhados).

Em consonância com o que temos exposto, podemos constatar que são várias as condições médicas e psicológicas associadas à disfunção erétil. Esta constelação de fatores pode contribuir, quer de uma forma isolada na determinação das dificuldades érteis, quer de uma forma combinada, e assim potenciar-se mutuamente, podendo constituir-se simultaneamente como fatores precipitantes e de manutenção dessas dificuldades. A aceitação da disfunção erétil como uma patologia multideterminada e que frequentemente coexiste com outras dificuldades sexuais (e.g., desejo sexual hipoativo, ejaculação prematura; APA, 2000; Quinta Gomes & Nobre, 2009; Rosen, 2000), obriga a uma visão multidisciplinar e em função disso, a uma abordagem terapêutica baseada em protocolos integrados que privilegiem o bem-estar sexual não apenas do indivíduo mas do casal (Wincze & Carey, 2001).

2 - Modelos de Conceptualização Psicológica das Disfunções Sexuais

2.1 - Os Modelos Clássicos de Masters e Johnson e de Helen Kaplan

A década de 60, no que ao estudo da sexualidade humana diz respeito, afirmou-se como um marco inquestionável, devido em grande parte aos trabalhos pioneiros de Masters e Johnson. Através da sua obra clássica, *Human Sexual Response* (1966) os autores trouxeram para a comunidade científica e clínica uma primeira conceptualização da resposta sexual masculina e feminina, fundamentalmente baseada nos estudos que realizaram no campo dos mecanismos fisiológicos relacionados com a resposta sexual (Masters & Johnson, 1966).

Na conceção proposta por Masters e Johnson, o ciclo de resposta sexual é composto por quatro fases distintas que seguem um padrão fisiológico característico e comum nos dois sexos. Neste modelo, a estimulação sexual é o ponto de partida do ciclo de resposta sexual desencadeando a partir daqui, um processo global de modificações fisiológicas que são acompanhadas por uma sensação subjetiva de prazer que caracteriza esta fase da excitação. No que ao homem diz respeito, as alterações fisiológicas traduzem-se fundamentalmente no desenvolvimento de mecanismos vasculares que levam à tumescência do pénis (vasodilatação) e conduzem à ereção.

A fase *plateau* é a fase seguinte no ciclo da resposta sexual humana, e traduz-se no aumento progressivo da capacidade de excitação, bem como no crescendo da tensão sexual até atingir um nível máximo de intensidade que culminará no orgasmo. A fase de Orgasmo caracteriza-se então por uma significativa experiência subjetiva que se traduz na ocorrência de um pico de prazer sexual, acompanhado num primeiro momento pela libertação da tensão sexual acumulada e posteriormente, pela contração rítmica dos músculos do períneo e dos órgãos reprodutores internos. A fase de Orgasmo no homem traduz-se na sensação da inevitabilidade da ejaculação e pela ejaculação propriamente dita. A última fase do ciclo da resposta sexual, proposta por Masters e Johnson (1966), é a fase de resolução, que se traduz numa sensação generalizada de relaxamento e bem-estar, e onde se experiencia um retorno gradual ao estado fisiológico anterior à fase de excitação. Nesta fase de resolução, o homem encontra-se fisiologicamente refratário a nova ereção e orgasmo, durante um período de tempo variável (Masters & Johnson, 1966).

O modelo trifásico da resposta sexual, apresentado anos mais tarde, por Helen Kaplan (1974) apresenta numa perspetiva inovadora, uma fase exclusivamente motivacional, que designou por fase do desejo. Esta fase traduz-se fundamentalmente na vontade e procura de envolvimento em atividade sexual e antecede as fases de excitação e do orgasmo.

Pela excessiva importância atribuída aos fatores fisiológicos periféricos, à linearidade radical e artificial das fases em que se constituíam, e pela consequente desvalorização dos fatores de natureza emocional e psicológica, os modelos de Masters e Johnson e Helen Kaplan, foram muito criticados. No entanto, continuam ainda hoje, a influenciar de forma significativa, a conceptualização da resposta sexual, e a constituírem-se como referências indiscutíveis na categorização das disfunções sexuais, na generalidade dos manuais de diagnóstico de referência (APA, 2000).

Através do desenvolvimento de um conjunto de técnicas terapêuticas operacionalizadas em *Human Sexual Inadequacy* (1970) e muito orientadas para o tratamento das disfunções sexuais (e.g., foco sensorial), o contributo de Masters e Johnson para a Sexologia foi ainda mais marcante. Baseando-se num paradigma marcadamente comportamentalista, o conjunto de técnicas desenvolvidas por Masters e Johnson, tinham como objetivo a eliminação da ansiedade de desempenho dos sujeitos com dificuldades sexuais, bem como a reorientação da sua atenção mais para as sensações de bem-estar e prazer durante a relação sexual, com a finalidade de reduzir o fenómeno do *spectatoring* (i.e., postura de espectador de si próprio que o sujeito assume durante o desempenho sexual). Tanto na teorização de Masters e Johnson, como na de Helen Kaplan, a ansiedade associada ao desempenho sexual desempenha um papel significativo. Kaplan vem ainda reforçar a importância do papel dos parceiros sexuais na manutenção das dificuldades (e.g., exigências de desempenho).

Em conclusão, podemos afirmar que o principal objetivo das primeiras intervenções em terapia sexual, estava centrado na redução do medo de falhar, sentido pelos sujeitos, associado à postura de espectador de si próprio durante a relação sexual. Estas seriam as características comuns aos sujeitos com dificuldades sexuais (Nobre, 2006).

2.2 - O Modelo Cognitivo-Afetivo de Barlow

Os anos 80 foram marcados pelo aumento significativo do número de estudos que destacavam o papel dos fatores cognitivos e emocionais no desenvolvimento do funcionamento sexual (Cranston-Cuebas & Barlow, 1990). No entanto, e apesar do entusiasmo inicial consequente das propostas inovadoras de intervenção terapêutica suscitadas por Masters e Johnson (1970) e por Helen Kaplan (1974), assistiu-se a uma tomada de consciência por parte de um número crescente de investigadores, que o foco excessivo nos aspetos ansiógenos das perturbações sexuais e as intervenções terapêuticas daí decorrentes, se tornavam insuficientes para responder de uma forma cabal às especificidades das dificuldades sexuais.

É neste contexto, que Barlow (1986), baseando-se num conjunto de dados recolhidos em estudos laboratoriais, que avaliaram a influência dos fatores cognitivo-emocionais, na resposta sexual, propõe

uma outra conceptualização das disfunções sexuais, dando uma ênfase maior à interação entre a ativação fisiológica resultante de estados de ansiedade, e os mecanismos de interferência cognitiva na ocorrência da resposta sexual, tanto funcional, como disfuncional.

O modelo proposto por Barlow (1986) considera fundamentalmente que os indivíduos sexualmente funcionais diferem dos indivíduos disfuncionais, significativamente no modo como lidam com as situações sexuais. Quando confrontados com estímulos que elicitam o desempenho sexual, os sujeitos sexualmente funcionais tendem maioritariamente a responder com mais afeto positivo, antecipam um bom desempenho sexual e têm a percepção de controlo sobre a situação. Já os sujeitos disfuncionais, nas mesmas circunstâncias, desenvolvem um estado de apreensão caracterizado pelo aumento de tensão e ativação ansiógena acompanhadas de afeto negativo e pela expectativa de um desempenho sexual pobre.

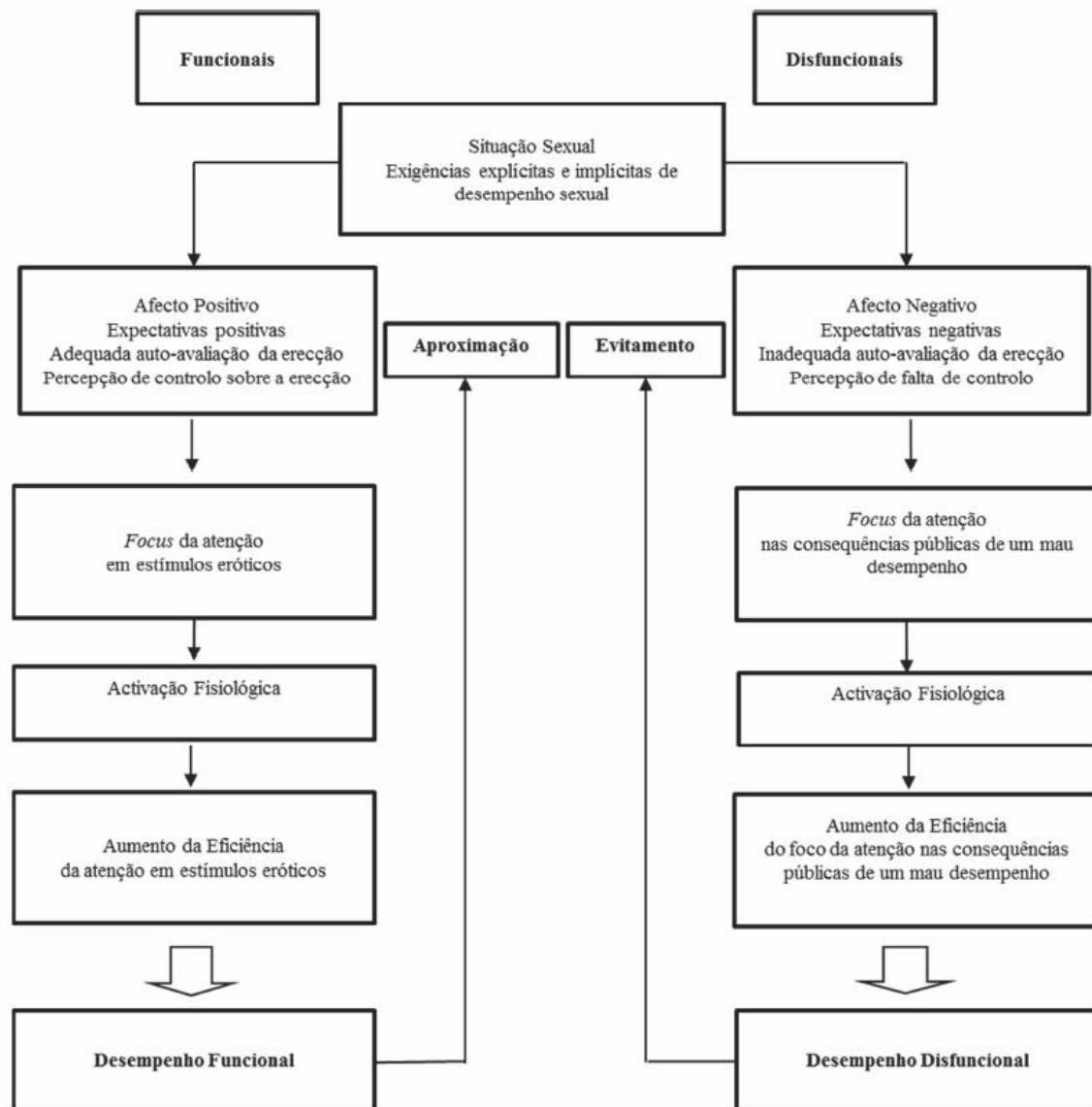
Neste seu modelo, Barlow (1986) considera que a excitação sexual, traduz-se num aumento da ativação fisiológica. Este aumento da ativação fisiológica, vai ser responsável pela amplificação do foco de atenção, através de um mecanismo de feedback; negativo para os sujeitos com disfunção e positivo, para os sujeitos sem disfunção sexual.

Nos sujeitos com disfunção sexual, o foco de atenção está centrado nos estímulos não significativos para o desempenho da tarefa sexual, como sejam a exigência de desempenho sexual, preocupação com a qualidade da resposta erétil, ou a antecipação do fracasso e suas consequências. Com o aumento da ativação fisiológica, o foco da atenção vai ser amplificado e com isso, concomitantemente, reduz a capacidade do sujeito para se centrar nos estímulos eróticos e sexuais, associados ao encontro sexual, conduzindo assim a uma diminuição da resposta sexual (Barlow, 1986).

Num processo diametralmente oposto, os sujeitos sexualmente funcionais conseguem apresentar um foco de atenção centrado nos estímulos sexuais. O aumento da ativação fisiológica vai tornar esta focalização nos estímulos sexuais, ainda mais eficiente; tendo como consequência, o aumento da resposta de excitação sexual.

Figura 1

Modelo Cognitivo-Afetivo das Disfunções Sexuais (Barlow, 1986)



2.2.1 - Estudos sobre o papel da ansiedade e ativação fisiológica

Foi a produção de estudos centrados sobre o papel da ansiedade na excitação, que possibilitaram que o modelo proposto por Barlow, evidenciasse de forma clara as principais diferenças entre sujeitos com e sem disfunção sexual.

Como pedra angular desta diferenciação, tal como já mencionado, está a constatação de que, para os sujeitos sem disfunção sexual, o aumento da ativação fisiológica, pode facilitar a resposta sexual; enquanto nos sujeitos com disfunção sexual o efeito pode ser o inverso. Desta forma o modelo de Barlow

preconiza que a diferença fundamental entre os processos funcionais e disfuncionais não se centra na ansiedade ou na activação fisiológica que lhe está associada, mas na interação entre estas e os processos cognitivos (foco da atenção).

Um estudo realizado por Wolchik, Beggs, Wincze, Sakheim, Barlow e Mavissakalian, (1980), em homens sem disfunção sexual constatou que a resposta sexual face a filmes de conteúdo erótico era superior quando apresentada após a visualização de um filme indutor de ansiedade comparativamente a um filme neutro. Os resultados deste estudo permitiram refutar de forma consistente, a ideia de que a ansiedade teria uma função inibidora na resposta de excitação sexual.

Ainda sobre esta temática da relação entre ansiedade e excitação sexual, um estudo posterior (Lange, Wincze, Zwick, Feldman, & Hughes, 1981), injetou epinefrina nos participantes, antes da apresentação de filmes de teor sexual, e verificou que o consequente aumento na atividade simpática, não tinha um impacto negativo na resposta sexual, durante o visionamento dos filmes. Constituiu assim, mais um argumento de natureza empírica, de que a ativação fisiológica não se constitui como inibidor da resposta de excitação sexual na presença de estimulação erótica (Lange, Wincze, Zwick, Feldman, & Hughes, 1981).

Num outro estudo de desenho experimental, Barlow e colaboradores (1983), com o objectivo de comparar a ansiedade de desempenho (conceptualizada como resultante da administração de um choque elétrico contingencial aos sujeitos que não atingissem um nível de ereção pré-determinado, durante a visualização de um filme erótico, i.é, ameaça contingente), e a ansiedade generalizada (conceptualizada como a ameaça de administração de choque elétrico, qualquer que fosse o nível da resposta sexual durante a visualização de um filme erótico, i.é, ameaça não contingente), constataram que o grupo de participantes sexualmente saudáveis sujeitos a ameaça de choque, apresentavam níveis de resposta sexual, superior aos participantes onde esta ameaça não existia. Mais ainda, os participantes sujeitos à ameaça contingente (ansiedade de desempenho), apresentavam níveis de ereção superior aos participantes sujeitos a ameaça não contingente (ansiedade generalizada) (Barlow, Sakheim, & Beck, 1983).

Os resultados do estudo acima descrito, foram replicados de forma parcial, num estudo posterior de desenho experimental, que comparou homens com e sem disfunção sexual (Beck, Barlow, Sakheim e Abrahamson, 1984). Neste estudo, constatou-se que os homens sem disfunção, quando colocados na condição de ameaça não contingente, apresentavam valores de maior tumescência peniana. Os homens sem disfunção, quando colocados na condição de ameaça contingente, não apresentavam valores significativamente diferentes, em relação ao grupo de controlo. No entanto, no grupo dos participantes com disfunção sexual, os valores da tumescência peniana eram significativamente mais baixos, para as condições indutoras de ansiedade, quando comparados com o grupo de controlo. Estes dados permitiram

concluir pelo efeito diferencial que a componente fisiológica da ansiedade possui na resposta sexual dos sujeitos com e sem disfunção sexual. Facilita a resposta sexual nos homens sem disfunção sexual; e inibe-a nos homens com disfunção (Beck et al., 1984). Com estes resultados, encontrava-se mais uma evidência que comprometia o papel primordial atribuído à ansiedade, na etiologia da disfunção erétil.

2.2.2 - Estudos sobre o controle voluntário e auto-avaliação da resposta de ereção

Barlow (1986) constatou mais uma diferença que distingue os homens sem disfunção sexual, dos homens com disfunção. Esta diferença traduz-se na tendência apresentada pelos homens com disfunção sexual, para subestimar os seus níveis de excitação sexual. Vários estudos realizados sobre o controle voluntário da resposta sexual, têm dado um contributo significativo, ao demonstrar que os homens sem disfunção sexual conseguem aumentar intencionalmente a sua resposta sexual, na presença de estímulos sexuais (Bancroft & Mathews, 1971; Laws & Rubin, 1969), ou de a inibir (Henson & Rubin, 1971; Mavissakalian, Blanchard, Abel, & Barlow, 1975), quando instruídos para o fazer. Os homens com disfunção sexual, embora também sejam capazes de inibir o seu nível de resposta sexual, apresentam no entanto, maiores dificuldades na identificação do tipo de estratégias cognitivas que utilizam para esse efeito, duvidam mais das suas competências para terem uma ereção (Beck, Barlow, & Sakheim, 1982), ou evidenciam uma maior propensão para subavaliar de uma forma sistemática os seus níveis de ereção (Abrahamson, Barlow, Sakheim, Beck, & Athanasiu, 1985; Sakheim, 1984).

2.2.3 - Estudos sobre o papel da distração cognitiva

Uma das dimensões centrais no modelo de Barlow é a que diz respeito à distração cognitiva. Quando se comparam os níveis de resposta sexual entre sujeitos com e sem disfunção sexual, no que diz respeito à distração cognitiva provocada por estímulos de teor não sexual, quando se visiona material sexualmente explícito, verifica-se que os sujeitos sem disfunção sexual, são mais propensos a apresentar uma diminuição da resposta de excitação sexual. O mesmo não acontece com os sujeitos com disfunção sexual, em que a resposta, neste contexto, não aparece comprometida, aparecendo até aumentada.

Estudos realizados por Geer e Fuhr (1976) utilizaram um desenho experimental para avaliar os efeitos da distração na resposta de excitação sexual de sujeitos sem disfunção. Este desenho baseava-se na apresentação simultânea de dois estímulos auditivos diferentes. Os resultados deste estudo demonstraram que o aumento da atenção para realizar a tarefa distrativa (operações de cálculo mental), comprometia significativamente a atenção para os estímulos de conteúdo erótico, reduzindo assim a resposta sexual.

Uma vaga de estudos de base experimental, validou a influência negativa da distração negativa no funcionamento sexual (Farkas, Sine, & Evans, 1979; Beck, Barlow, Sakheim, & Abrahamson, 1987);

uma outra série de estudos observou que este efeito inibidor acontecia principalmente ao nível da resposta genital (tumescência peniana), mas não ao nível da excitação sexual experienciada subjetivamente (Przybyla & Byrne, 1984; Viglietta, 1982). No entanto, os estudos feitos com sujeitos com disfunção sexual, demonstram que, ao contrário dos sujeitos sem disfunção sexual, os sujeitos com disfunção sexual, não apresentam uma diminuição do nível de ereção quando colocados perante uma tarefa distrativa (Abrahamson et al., 1985). Estes dados sugerem assim, que os sujeitos com disfunção sexual têm uma maior propensão para estar mais focados nos estímulos não eróticos, e que quando confrontados com a situação experimental, ocorreria apenas uma mudança do foco de atenção no estímulo não erótico (como por exemplo, a preocupação acerca do desempenho sexual, para a realização de uma tarefa cognitiva), sem que isso se traduza numa alteração ao nível da resposta sexual (Abrahamson et al., 1985).

Um estudo posterior dos mesmos autores incluindo sujeitos com e sem disfunção sexual, foi desenvolvido com o fim de avaliar o impacto da utilização de uma tarefa distrativa neutra (em que era pedido aos participantes que calculassem o comprimento e largura de uma linha que lhes era apresentada num outro ecrã), e de uma tarefa distrativa de cariz sexual, na resposta genital, durante o visionamento de um filme erótico (Abrahamson, Barlow e Abrahamson, 1989). Os sujeitos sem disfunção apresentaram respostas de excitação superiores durante a tarefa de distração de cariz sexual (que compreendia o visionamento de um vídeo com feedback sobre o seu nível de excitação, tendo depois de fazer uma estimativa relacionada com o seu nível máximo de excitação), enquanto os sujeitos com disfunção, diminuíram a sua resposta sexual durante a tarefa distrativa sexual comparativamente à neutra. Estes resultados evidenciam que a resposta sexual dos sujeitos com disfunção parece estar mais comprometida por distrações cognitivas relacionadas com o próprio desempenho sexual do que com distrações de outra natureza. Estes resultados levam-nos a pensar que no que concerne aos sujeitos com disfunção sexual, existe uma maior propensão, durante o acto sexual, para centrar o seu foco de atenção em estímulos relacionados com a capacidade de ereção e o seu desempenho sexual, fazendo assim com que esse foco interfira negativamente com a sua resposta sexual.

2.2.4 - Estudos sobre exigências de desempenho

Barlow (1986) refere ainda que os homens com disfunção sexual também se distinguem dos sem disfunção sexual no que diz respeito ao tipo de resposta sexual apresentada quando confrontados com uma exigência de desempenho. De uma forma geral, os sujeitos sem disfunção sexual, não veem comprometida a sua resposta sexual. O mesmo já não se poderá dizer dos sujeitos com disfunção sexual, em que ela aparece não só inibida, como associada a níveis mais altos de afeto negativo.

De entre os vários estudos que procuraram dar validade empírica a esta conceptualização, Lange, Wincze, Zwick, Feldman e Hughes (1981), centraram-se na definição das noções de papel de espectador e foco sensorial anteriormente avançadas por Masters e Johnson com o objetivo de avaliar de que forma interferem na resposta sexual dos sujeitos sem disfunção sexual. Neste estudo, era pedido aos participantes que atingissem a ereção o mais rapidamente possível, e que a mantivessem em níveis altos, o máximo de tempo possível (esta era a condição papel de espectador), ou para se focarem nos estímulos sexuais e no consequente prazer que dessa situação fossem capazes de retirar (esta era a condição foco sensorial). Os resultados deste estudo revelaram, para as duas condições experimentais, que a resposta sexual, para sujeitos sem disfunção sexual, não está condicionada pela presença de exigências explícitas de desempenho sexual. Estes resultados confirmaram os resultados de um estudo anterior realizado por Farkas e colaboradores (1979), que constataram que a manipulação da exigência de desempenho não tinha influência na resposta sexual em sujeitos funcionais.

Alguns anos mais tarde, Heiman e Rowland (1983), mantendo um protocolo experimental idêntico, integraram na amostra homens com disfunção sexual. Este estudo mostrou que os homens sem disfunção exibiam uma resposta genital superior na condição foco sensorial comparativamente à condição de espectador. A resposta sexual dos sujeitos disfuncionais mostrou ser negativamente influenciada pela presença de exigências de desempenho. Os resultados produzidos por este estudo apontam para a noção de que durante a atividade sexual, o fator principal que permite a melhor discriminação entre os homens com e sem disfunção sexual, pode não ser o foco da atenção, mas antes a forma como os estímulos focados são interpretados (em termos de uma ameaça iminente para disfuncionais e a procura de estímulos indiciadores de sucesso e de prazer nos funcionais).

2.2.5 - Estudos sobre o papel do afeto deprimido

Vários estudos quiseram avaliar o efeito dos estados emocionais, na resposta de excitação sexual, não só manipulando experimentalmente a ansiedade, mas também avaliando o papel de estados emocionais como a depressão. Um estudo realizado por Wolchik e colaboradores (1980), induziram num primeiro momento, respostas emocionais de depressão em homens sem disfunção sexual e avaliou o seu impacto na resposta sexual, quando num segundo momento, os participantes viam um filme erótico. Os resultados encontrados evidenciaram que a resposta sexual nos participantes da condição depressão, apareceu mais comprometida do que nas restantes condições.

O afeto deprimido aparece em vários estudos laboratoriais, como tendo um efeito significativo na resposta sexual de homens com disfunção sexual, comparativamente aos homens sem disfunção sexual, quando ambos estão expostos a estímulos eróticos (Abrahamson, Barlow, Sakheim et al., 1985, Beck & Barlow 1986a, 1986b; Heiman & Rowland, 1983).

Num cômputo geral, os resultados apresentados pelos vários estudos, apontam para a noção de que alguns estados afetivos e alguns processos cognitivos têm um impacto significativo na resposta sexual, servindo de ponto de partida para o desenvolvimento do modelo de Barlow (1986) e concomitantemente para a rutura com os modelos clássicos de conceptualização das dificuldades sexuais.

O modelo de Barlow, tem uma reformulação, resultante do reconhecimento da importância de outros fatores na conceptualização etiológica das dificuldades sexuais (Sbrocco e Barlow, 1996). Um dos componentes centrais nesta reformulação do modelo centra-se na vulnerabilidade esquemática ou no conjunto de padrões e expectativas relacionadas com a sexualidade (esquemas cognitivos) que desencadeiam pensamentos, emoções e comportamentos no decorrer da atividade sexual. Nesta conceptualização, os homens com disfunção sexual caracterizam-se por apresentar uma maior rigidificação do conjunto de crenças sexuais bem como expectativas de desempenho sexual, irrealistas e inflexíveis e por isso mesmo, facilitadoras de visões pessoais negativas, actuando como um fator determinante de vulnerabilidade no desenvolvimento das dificuldades sexuais (Sbrocco & Barlow, 1996).

Outro componente central apresentado nesta reformulação do modelo de Barlow, é o défice de aptidões sexuais e traduz-se na existência de um repertório limitado de comportamentos sexuais de que habitualmente os sujeitos disfuncionais são dotados (Beck, Barlow & Sakheim, 1982; Byrne & Schulte, 1990; Goldfarb, Gerrard, Gibbons, & Plante, 1988). Este repertório limitado é provavelmente resultante de um conjunto de crenças sexuais conservadoras que comprometem de forma significativa, a aprendizagem de outros repertórios sexuais diferentes, adaptativos e flexíveis. O facto de os homens com disfunção sexual, não possuírem um repertório de comportamentos sexuais, mais alargado, compromete a sua capacidade para ultrapassarem de forma satisfatória, a dicotomia entre as suas expectativas e as respostas sexuais observadas.

As expectativas negativas de desempenho, são outro componente deste modelo revisto. Para os autores deste modelo, os indivíduos com maiores dificuldades no processo de auto-regulação ou de ajustamento dos comportamentos sexuais, terão uma maior propensão para reduzir a confiança nas suas capacidades e para antecipar o fracasso. Esta desconfiança na sua capacidade de autorregulação, vai traduzir-se em expectativas negativas, que estão na base do desinvestimento e evitamento da tarefa, assumindo-se assim como um importante fator de manutenção da disfunção sexual.

Finalmente, o desinvestimento e o evitamento ativos ou cobertos da tarefa, surgem como o último componente do modelo de auto-regulação da resposta sexual proposto por Sbrocco e Barlow (1996). A desistência coberta traduz-se no desinvestimento na tarefa sexual estando assim associada ao foco da atenção em estímulos não relacionados com a tarefa. Já a desistência aberta ou ativa resultaria na

conclusão da tarefa sexual. Estes autores postulam que a acumulação de experiências de insucesso contribui significativamente para o processo de desistência da tarefa e pode conduzir ao evitamento da atividade sexual (Sbrocco & Barlow, 1996).

2.3 - O Modelo Cognitivo-Emocional de Nobre e Pinto-Gouveia

A partir dos contributos da teoria cognitiva (Beck, 1996), Nobre e colaboradores, têm levado a cabo uma série de estudos empíricos com o fim de clarificar o papel dos fatores de natureza cognitiva e emocional no funcionamento sexual (Nobre, 2003; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006a, 2006b, 2008, 2009; Nobre, 2009, 2010; Soares & Nobre, 2013).

A investigação realizada com populações masculinas tem demonstrado que os sujeitos sexualmente disfuncionais diferem dos funcionais numa diversidade de variáveis emocionais (e.g., emoções durante a atividade sexual), variáveis cognitivas (e.g., crenças sexuais, esquemas cognitivos, pensamentos automáticos) e variáveis disposicionais (e.g., personalidade, afeto-traço), contribuindo com dados empíricos para a relevância destes fatores na determinação do funcionamento sexual masculino.

Neste modelo, para além da importância reconhecida a estas variáveis, deve salientar-se ainda o esforço de integração de dimensões médicas, psicopatológicas e de variáveis relacionais nos modelos propostos para a resposta sexual masculina (Carvalho & Nobre, 2010).

Os estudos centrados no papel das variáveis cognitivas têm revelado que os sujeitos com disfunção sexual apresentam crenças sexuais disfuncionais resultantes da excessiva importância atribuída ao desempenho sexual, bem como crenças desadequadas relativamente à satisfação sexual feminina (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006a; Nobre, 2010). Os dados dos estudos acerca da ativação de esquemas cognitivos em contexto sexual, indicam de uma forma bastante consistente para a tendência manifesta dos homens com disfunção sexual para ativar com maior frequência esquemas cognitivos negativos quando confrontados com situações de insucesso sexual, atribuindo significados pessoais mais negativos comparativamente aos sexualmente funcionais (Nobre & Pinto-Gouveia, 2009; Quinta Gomes & Nobre, 2012). Os homens com disfunção sexual, quando em situações de natureza sexual, evidenciam mais pensamentos automáticos negativos associados à exigência de desempenho sexual e antecipação do fracasso e suas consequências (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008), e concomitantemente, experienciam mais emoções de tristeza, desilusão e medo, e menos emoções de prazer e satisfação sexual comparativamente aos homens sexualmente saudáveis (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006b).

No seu cômputo geral, estes estudos têm contribuído com um significativo suporte empírico ao modelo conceptual das disfunções sexuais proposto por Nobre, nomeadamente para o modelo desenvolvido para a disfunção erétil (Nobre, 2010). Este modelo, por estar fortemente influenciado pelas teorias cognitivas, vai atribuir um papel central aos esquemas cognitivos. Isto significa que no que à disfunção erétil diz respeito, encontramos os esquemas cognitivos (crenças nucleares), que são os responsáveis pela interpretação e atribuição de significado aos acontecimentos, e de uma forma especial, os esquemas que são ativados em situações de insucesso sexual. Sempre que estas estruturas cognitivas nucleares são ativadas, por acontecimentos específicos, como por exemplo, uma dificuldade pontual da ereção em contexto sexual, elas vão orientar o processamento da informação (e.g., direcionado para estímulos não sexuais, irrelevantes para a tarefa), conferindo significado à situação e desencadeando um leque de respostas cognitivas (pensamentos automáticos) e emocionais congruentes que vão influenciar a resposta sexual (Nobre, 2010).

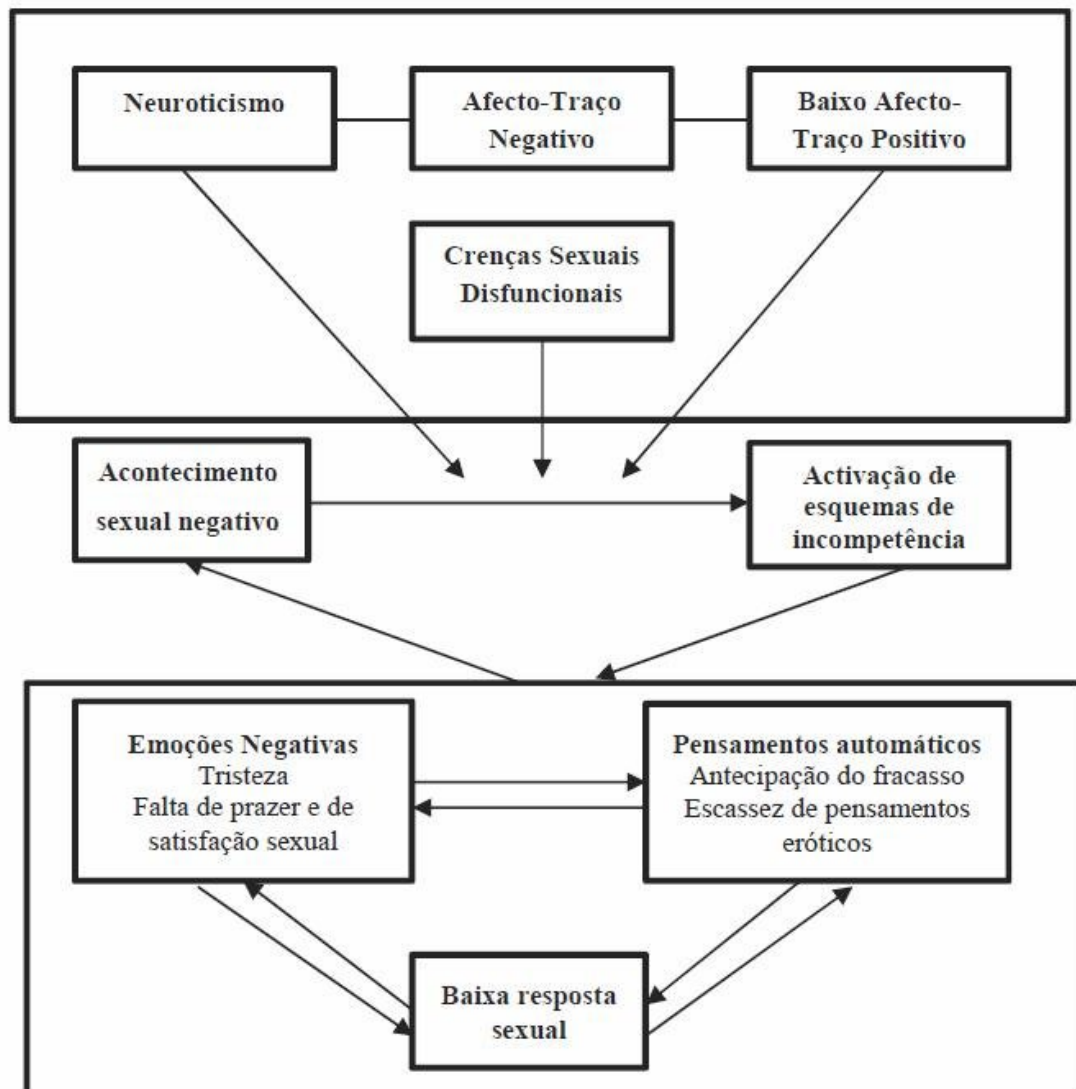
Neste modelo, as crenças sexuais são concebidas como as ideias subjetivas acerca da sexualidade, e posicionam-se num nível superior, porque são elas que definem as regras para a ativação dos esquemas cognitivos. Desconstruindo este “mecanismo” podemos conceptualizar que quando um determinado acontecimento sexual, “aciona” a regra definida por essa crença sexual específica, como por exemplo, as crenças associadas à falibilidade sexual, os esquemas cognitivos dela decorrentes, são ativados (por exemplo, “sou incompetente”), e com isso facilitam o aparecimento de pensamentos acerca da exigência de desempenho e antecipação das consequências de um mau desempenho sexual (por exemplo, “não posso falhar”).

A resposta sexual vai aparecer comprometida, uma vez que as respostas negativas emocionais (desilusão, tristeza), resultantes do processo de ativação dos esquemas, acima descrito, vão interferir com o processamento dos estímulos sexuais e eróticos inerentes a essa situação. Os pensamentos automáticos e as respostas emocionais influenciam-se mutuamente e desempenham um papel crucial na determinação da resposta sexual, agindo como importantes fatores de manutenção das dificuldades, ao impedirem que o indivíduo centre a sua atenção nos estímulos sexuais e nas sensações de prazer associadas à atividade sexual.

Temos também que, a vivência de uma má *performance* sexual vai contribuir para uma maior probabilidade de activação dos esquemas cognitivos negativos numa futura situação sexual e criar condições para se instalar um ciclo vicioso (Nobre, 2010). (ver figura 2)

Figura 2

Modelo Cognitivo-Emocional (adaptado de Soares e Nobre, 2013)



Na revisão do seu modelo (Soares & Nobre, 2013), para além das crenças sexuais, é formulada a existência de fatores mais gerais de vulnerabilidade para o desenvolvimento da disfunção erétil, como o baixo afeto-positivo, o neuroticismo, e elevado afeto-traço negativo. Foi possível encontrar suporte empírico num conjunto de estudos realizados especificamente para testar os efeitos destas variáveis no funcionamento sexual masculino.

2.3.1 - Estudos sobre o Papel da Personalidade e Afeto-Traço

No que às dimensões gerais da personalidade diz respeito, um estudo conduzido por Quinta Gomes e Nobre (2011) verificou que homens com disfunção sexual, apresentavam níveis mais elevados de neuroticismo quando comparados com os sujeitos sem disfunção sexual (após controlado o efeito da psicopatologia), e que esta dimensão da personalidade se perfilou como um preditor significativo negativo do funcionamento sexual masculino (Quinta Gomes & Nobre, 2011).

Os estudos realizados sobre o papel do afeto-traço, vão no mesmo sentido. Quinta Gomes & Nobre (2009), num estudo preliminar acerca do papel desta dimensão no funcionamento sexual masculino, constataram que o afeto-traço positivo e o afeto-traço negativo eram ambos preditores significativos (preditor positivo e preditor negativo respetivamente) do funcionamento sexual masculino e bons discriminadores entre homens com e sem disfunção sexual. Foi possível também constatar neste estudo, que homens com disfunção sexual apresentam simultaneamente níveis mais elevados de afeto-traço negativo, bem como, níveis mais baixos de afeto-traço positivo (Quinta Gomes & Nobre, 2009).

Num outro estudo, em que se recorreu também a uma amostra com homens sem disfunção, Peixoto e Nobre (Peixoto & Nobre, 2012), concluíram que o afeto-traço negativo surgia como um importante preditor negativo do funcionamento sexual masculino.

De uma forma geral, todos estes dados encontrados, sugerem que fatores de vulnerabilidade mais gerais interagindo com as crenças sexuais disfuncionais moderam o processo de atribuição de significado às situações sexuais, e surgem assim como importantes fatores de risco para o desenvolvimento de dificuldades sexuais masculinas (ver Figura 2).

2.3.2 - Estudos sobre o Papel das Crenças Sexuais

Relativamente às crenças e mitos sexuais, diversos estudos clínicos têm enfatizado o seu papel no funcionamento sexual. Zilbergeld (1999) postulou que os homens com disfunção erétil apresentam um conjunto de mitos e crenças erróneas sobre a sexualidade, que funcionam como um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento das suas dificuldades. Além disso, Wincze e Barlow (1997) também identificaram um conjunto de mitos sexuais subjacentes às disfunções sexuais masculinas com ênfase nas crenças de exigência de desempenho sexual e ideias erradas sobre a resposta sexual e satisfação sexual das mulheres. Para além das crenças masculinas, Hawton (1985) chamou a atenção para um conjunto de crenças femininas que refletem o duplo padrão sexual, permissivo mas exigente para os homens e repressivo para as mulheres. Heiman e LoPiccolo (1988) identificaram ainda crenças

relacionadas com o papel da idade e da aparência física e crenças sobre exigências de desempenho sexual nas mulheres. Além destes dados de observação clínica, Baker e de Silva (1988) verificaram que os homens com disfunção sexual apresentam crenças significativamente mais elevadas nos mitos de Zilbergeld em comparação com um grupo de indivíduos sem problemas sexuais.

Mais recentemente, Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes (2003) desenvolveram versões masculinas e femininas de um questionário de crenças sexuais por forma a estudar o seu papel no funcionamento sexual. Embora o efeito das crenças sexuais sobre a funcionalidade sexual apenas se tenha mostrado significativo para o grupo feminino, os sujeitos dos grupos clínicos apresentaram sistematicamente mais crenças sexuais disfuncionais comparativamente aos sujeitos sem dificuldades sexuais.

No caso feminino, os resultados mostraram que as mulheres disfuncionais (grupo clínico), para além de apresentarem pontuações mais elevadas no total da escala de crenças disfuncionais, mostraram ainda possuir significativamente mais crenças relacionadas com o papel da idade e com a importância da imagem corporal e beleza física no funcionamento sexual. De uma forma geral as mulheres disfuncionais crêem que o processo de envelhecimento, sobretudo pós-menopausa implica um decréscimo do desejo e prazer sexual. Por outro lado, a importância da beleza física como fator essencial para se ser sexualmente bem sucedido foi outra das características distintivas do grupo clínico em relação às mulheres funcionais. Além destas, as crenças sexuais conservadoras e a crença no sexo como pecado, embora não atingindo o limiar de significação estatística, mostraram contribuir de forma relevante para a discriminação entre as mulheres com e sem problemas sexuais (Nobre e Pinto-Gouveia, 2006a).

Em relação à população masculina, e apesar de não se terem observado diferenças estatisticamente significativas, Nobre e Pinto-Gouveia (2006a) realçam o facto dos homens disfuncionais terem apresentado pontuações mais elevadas em todas as crenças avaliadas. Em particular a crença no mito do “macho latino” e as crenças inadequadas relativamente à satisfação sexual feminina, contribuíram para discriminar os sujeitos funcionais dos disfuncionais. De uma forma geral, os homens com dificuldades sexuais mostraram maior tendência para apresentarem crenças relacionadas com exigências excessivas em relação ao desempenho sexual (Nobre e Pinto-Gouveia, 2006a).

2.3.3 - Estudos sobre o Papel dos Esquemas Cognitivos no Funcionamento Sexual

Quanto ao papel dos esquemas cognitivos, várias observações clínicas e modelos teóricos sublinham a sua importância nos processos de disfuncionalidade sexual. Sbrocco e Barlow (1996) postularam que indivíduos com disfunção sexual apresentam um conjunto de crenças sexuais que normalmente são irrealistas e imprecisos assumindo um carácter rígido e inflexível. Sempre que estes padrões exigentes e irrealistas não forem cumpridos, os sujeitos tendem a catastrofizar as possíveis

consequências pessoais facilitando o desenvolvimento de esquemas sexuais negativos. Para além disso, alguns autores referem a existência de esquemas cognitivos negativos e erros no processamento de informação em sujeitos com dificuldades sexuais (Carey, Wincze e Meisler, 1993; McCarthy, 1986; Rosen et al., 1994). Apesar destes modelos teóricos e observações clínicas, são ainda escassos os estudos empíricos que testam as implicações potenciais dessas estruturas cognitivas no funcionamento sexual.

De forma a investigar de forma sistemática estas hipóteses, Nobre e Pinto-Gouveia (2009a) desenvolveram um questionário de esquemas baseado na tipologia de Judith Beck (1995). Em estudos com amostras clínicas e de controlo, os autores demonstraram que os sujeitos sexualmente disfuncionais, ativam significativamente mais esquemas negativos quando confrontados com situações de insucesso sexual. Por outras palavras, perante situações sexuais típicas de insucesso, os homens e mulheres do grupo clínico tendem a atribuir significados pessoais consistentemente mais negativos comparativamente com os sujeitos não disfuncionais (Nobre e Pinto-Gouveia, 2009b).

Exemplos mais comuns destas atribuições pessoais negativas são os esquemas de incompetência. Tanto os homens como as mulheres disfuncionais parecem interpretar as situações sexuais disfuncionais à luz de um esquema de incompetência: “sou incapaz”, “sou fraco(a)”, “sou ineficaz”, “sou incompetente”, “sou falhado(a)”. De uma forma geral estes resultados mostram que os homens e mulheres com dificuldades sexuais, ativam com maior frequência esquemas cognitivos negativos relativamente a si próprios sempre que confrontados com situações de insucesso sexual (Nobre e Pinto-Gouveia, 2009b). Por definição, a ativação destes esquemas cognitivos determina uma interpretação tendencialmente negativa da própria situação sexual, contribuindo possivelmente para a magnificação do próprio insucesso.

2.3.4 – Estudos sobre o Papel dos Pensamentos Automáticos no Funcionamento Sexual

Os pensamentos automáticos constituem outro fator importante. De acordo com Beck (1967) os pensamentos automáticos não são mais do que imagens ou cognições que os indivíduos apresentam como resultado do esquema que a determinado momento se encontra ativado. Assim, os pensamentos automáticos refletem o conteúdo das estruturas mais centrais e tácitas do funcionamento cognitivo.

Diversas observações clínicas apontam para o facto dos sujeitos com dificuldades sexuais focarem a sua atenção preferencialmente em pensamentos negativos em detrimento do foco em estímulos de cariz sexual ou erótico. Nos grupos clínicos masculinos estes pensamentos estão habitualmente relacionados com preocupações de desempenho (ereção e penetração) e de antecipação do fracasso e suas consequências (Barlow, 1986; Hawton, 1985; Wincze e Barlow, 1997; Zilbergeld, 1999), enquanto que no grupo feminino a atenção está habitualmente orientada para preocupações relacionadas com a imagem

corporal, o desempenho sexual e os pensamentos de fracasso e desistência (Dove e Wiederman, 2000; Hawton, 1985). Apesar destas considerações teóricas e observações clínicas a investigação sobre o conteúdo específico dos pensamentos automáticos durante a atividade sexual tem sido escassa.

Nos últimos anos, Nobre e Pinto-Gouveia (2003, 2008), conduziram estudos baseados em questionários de auto-resposta sobre o conteúdo dos pensamentos automáticos apresentados durante a atividade sexual por homens e mulheres, com e sem dificuldades sexuais. Os resultados indicaram que os sujeitos funcionais masculinos e femininos apresentaram significativamente mais pensamentos sexuais negativos durante a atividade sexual, comparativamente com os grupos funcionais. No grupo feminino destaque para os pensamentos de fracasso e desistência, para a escassez de pensamentos eróticos e para os pensamentos de abuso sexual. As mulheres sexualmente disfuncionais apresentaram significativamente mais pensamentos desta natureza em relação ao grupo de controlo (Nobre e Pinto-Gouveia, 2008). Relativamente aos estudos masculinos, os resultados mostraram que os sujeitos disfuncionais quando em situação de cariz sexual apresentam significativamente mais pensamentos relacionados com a ereção e a penetração sexual, pensamentos de antecipação de fracasso e escassez de pensamentos eróticos (Nobre e Pinto-Gouveia, 2008).

Estes dados corroboram de certa forma os resultados da investigação sobre o foco da atenção ao indicarem que no decorrer da atividade sexual, os sujeitos funcionais focam a sua atenção em estímulos eróticos enquanto que os disfuncionais focam a sua atenção nas consequências públicas de um mau desempenho ou noutros estímulos não eróticos (Sbrocco e Barlow, 1996).

2.3.5 – Estudos sobre o Papel das Emoções no Funcionamento Sexual

Relativamente à resposta emocional durante a atividade sexual, estudos recentes têm contrariado as teses do papel central da ansiedade na inibição da resposta sexual. Contrariamente aos modelos de Masters e Johnson (1970) e Kaplan (1974), os resultados sugerem sistematicamente um efeito neutro ou até mesmo facilitador da ansiedade na resposta sexual masculina e feminina (Barlow, Sakheim, e Beck, 1983; Elliot e O'Donohue, 1997; Hoon, Wincze, e Hoon, 1977; Laan, Everaerd, van-Aanhold, e Rebel, 1993). Além disso, estudos sobre o impacto da ativação do sistema nervoso simpático (SNS) (componente fisiológico da ansiedade) indicaram consistentemente um efeito facilitador na resposta sexual fisiológica, especialmente em mulheres (Meston e Gorzalka, 1996; Palace, 1995; Palace e Gorzalka, 1990).

Por outro lado, no que se refere ao impacto do humor, investigações recentes sugerem consistentemente que o afeto deprimido interfere negativamente na resposta sexual. Heiman e Rowland (1983) e Beck e Barlow (1986) verificaram que indivíduos com disfunção sexual relatam níveis

significativamente menores de afeto positivo durante a exposição a estímulos eróticos, comparativamente a sujeitos sem problemas sexuais. Da mesma forma, vários estudos demonstraram que o afeto positivo apresenta uma forte associação positiva com a resposta sexual subjetiva em homens com e sem disfunção sexual durante a exposição a filmes eróticos (Koukounas e McCabe, 2001; Rowland, Cooper, e Heiman, 1995; Rowland, Cooper, e Slob, 1996). Além disso, Nobre e colaboradores (2004), num estudo sobre determinantes da resposta sexual masculina, constataram que níveis baixos de afeto positivo durante exposição a estímulos sexuais estão significativamente associados a baixos níveis de resposta sexual fisiológica e subjetiva.

Estudos experimentais apoiaram estas conclusões, ao indicarem que a manipulação de afeto negativo em homens sexualmente funcionais produzia um atraso na resposta sexual subjetiva (Meisler e Carey, 1991) e uma diminuição significativa da tumescência peniana (Mitchell, DiBartolo, Brown e Barlow, 1998).

Recentemente, Nobre e colaboradores (2006b) estudaram o conteúdo da resposta emocional durante a atividade sexual e verificaram que os homens com disfunção sexual apresentavam significativamente mais emoções de tristeza, desilusão e medo e menos emoções de prazer e satisfação em relação aos homens sexualmente saudáveis (Nobre e Pinto-Gouveia, 2006b). Por seu lado, as mulheres com disfunção sexual também relataram menores níveis de prazer e satisfação e maiores níveis de tristeza, desilusão, culpa e raiva (Nobre e Pinto-Gouveia, 2006b).

De um modo geral, estes dados parecem sugerir que o humor deprimido (baixo afeto positivo, tristeza e desilusão) está mais fortemente associado à resposta sexual que os estados de ansiedade. Os autores sugerem que o humor deprimido durante a atividade sexual está fortemente associado aos auto-esquemas negativos que os indivíduos sexualmente disfuncionais ativam quando expostos a situações sexuais, prejudicando a resposta sexual e desempenhando um papel importante na manutenção das disfunções sexuais (Nobre e Pinto-Gouveia, 2006b).

Para além destes estudos parcelares, Nobre e colaboradores têm desenvolvido, nos últimos anos, investigação procurando examinar o impacto relativo das variáveis cognitivas e afetivas em conjunto com outros preditores biopsicossociais centrais (e.g., fatores médicos, relacionais, psicopatologia, etc.) no funcionamento e satisfação sexuais. Os resultados parecem suportar o papel central das variáveis cognitivas e afetivas atuando como moderadoras e mediadoras da relação entre os restantes preditores e a resposta sexual em homens e mulheres (Carvalho e Nobre, 2009, Vilarinho e Nobre, 2008).

Face ao acima exposto, poderemos concluir que o modelo cognitivo-emocional proposto por Nobre, é um modelo conceptual para as dificuldades sexuais, fortemente baseado em estudos empíricos

que enfatizam a importância da influência conjunta de variáveis psicológicas como as crenças sexuais, os pensamentos automáticos ocorridos durante a atividade sexual, os esquemas cognitivos, e as emoções experienciadas em contexto sexual.

Este modelo, não só se afirma como um importante contributo na conceptualização das dificuldades sexuais à luz das teorias cognitivas, como também advoga o recurso a estratégias cognitivas e comportamentais, utilizadas com sucesso na avaliação e no tratamento das várias perturbações emocionais, no tratamento das dificuldades sexuais.

2.4 – O Modelo de Controlo Dual de Bancroft e Janssen

Bancroft (1999), sem deixar de validar a importância dos modelos cognitivos na conceptualização das dificuldades sexuais, considera no entanto, que a explicação dos processos implicados na resposta sexual, possa ser alargada aos mecanismos neurofisiológicos de inibição da resposta erétil. De acordo com este autor, os modelos já existentes, configuram uma visão unidimensional da resposta sexual, concebendo-a como o resultado de um mecanismo central excitatório que se encontra ativado ou desativado na presença de estímulos de natureza sexual (Bancroft & Janssen, 2001).

O modelo do controlo dual (Bancroft & Janssen, 2000), propõe a noção de inibição sexual, que não é conceptualizada como sendo simplesmente a resultante da ausência da estimulação sexual, mas sim como um processo central em tudo semelhante ao processo de excitação, e que pode por isso, estar ou não ativado em contextos sexuais (Bancroft & Janssen, 2000; Janssen & Bancroft, 2007). De acordo com este modelo, a inibição (tal como a excitação), é um mecanismo adaptativo com um significado transversal a todas as espécies, ao inibir a resposta sexual em situações em que a atividade sexual pode ser pouco vantajosa, ou capaz de colocar o indivíduo em perigo (por exemplo o período de inibição após a ejaculação ou a inibição do comportamento reprodutor) (Bancroft, 1999).

Este modelo postula uma noção de equilíbrio entre os dois mecanismos (inibição e excitação), estando a resposta sexual e os comportamentos a ela associados, dependentes deste equilíbrio. Como corolário lógico, infere-se que os indivíduos variam entre si, na propensão para a inibição e para a excitação (Bancroft, 1999; Bancroft & Janssen, 2000).

O modelo do controlo dual, sem por em causa uma componente de base genética para a variabilidade individual para a excitação ou inibição sexual, não desvaloriza o papel desempenhado pela aprendizagem e experiências individuais, nessa variabilidade. Os autores consideram que mesmo que ambas as dimensões da resposta sexual, possam ser conceptualizadas como traços de personalidade característicos do comportamento e da resposta sexual, elas podem também influenciar uma vertente

estado, na determinação da resposta sexual (Bancroft & Janssen, 2000; Bancroft, Carnes, Janssen, Goodrich, & Scott Long, 2005; Janssen & Bancroft, 2007).

Tendo como finalidade operacionalizar os conceitos de variabilidade individual para as dimensões inibição e excitação sexual, Janssen e colaboradores, (2002a), elaboraram o Sexual Inhibition and Excitation Scales (SIS/SES), que pretende avaliar os padrões típicos de resposta sexual (resposta fisiológica e excitação subjetiva) dos indivíduos, quando confrontados com diferentes situações. O SIS/SES apresenta várias situações hipotéticas em que pode ocorrer a perda da resposta sexual: a) face a uma ameaça percebida a nível interno, como por exemplo a incapacidade para ter um desempenho sexual ou inibição sexual devida a ameaça de falha no desempenho (SIS1), b) ou relacionadas com a antecipação de consequências negativas resultantes de atividade sexual, ou inibição sexual devida a ameaça das consequências do desempenho como uma gravidez indesejada ou contrair uma doença sexualmente transmissível (SIS2), e c) situações não ameaçadoras e potencialmente excitantes do ponto de vista sexual ou excitação sexual devido a determinadas interações sociais ou estímulos sensoriais (SES) (Janssen, Vorst, Finn, & Bancroft, 2002a).

O estudo fatorial do SIS/SES, identificou duas dimensões de inibição sexual (SIS1 e SIS2) e que se admite que traduzam dois sistemas de inibição distintos. Neste sentido, o SIS1 corresponde a uma proensão estável para a incapacidade da resposta sexual, eventualmente resultante de um tónus inibitório, correspondendo o SIS2 a uma inibição resultante da perceção sentida pelo indivíduo, de uma ameaça externa numa situação em particular (Bancroft & Janssen, 2000; Janssen et al., 2002a). Esta estrutura trifatorial tem sido reproduzida em vários estudos realizados em diferentes países (Panzeri, Dèttore, Altoè, Zanella, Baldetti, & Janssen, 2008; Varjonen, Santtila, Höglund, Jern, Johansson, Wager, Witting, Algars & Sandnabba, 2007). Existe também uma versão feminina que tem sido utilizada nalguns estudos (Carpenter, Janssen, Graham, Vorst, & Wicherts, 2008; Graham, Sanders, & Milhausen, 2006; Milhausen, Graham, Sanders, Yarber, & Maitland, 2010; Sanders, Graham, & Milhausen, 2008).

O modelo do controlo dual e o SIS/SES, têm sido aplicados em duas áreas principais de investigação: as disfunções sexuais (Bancroft & Janssen, 2000; Bancroft, Herbenick, Barnes, Hallam-Jones, Wylie, Janssen, et al., 2005) e os comportamentos de risco sexual (Bancroft, Janssen, Carnes, Goodrich, Strong, & Long, 2004; Bancroft, Janssen, Strong, Carnes, Vukadinovic, & Long, 2003; Peterson, Janssen, & Heiman, 2010). Mais recentemente, o SIS/SES tem sido também utilizado em estudos relacionados com a agressão sexual (Carvalho & Nobre, 2011; Peterson et al., 2010).

No que diz respeito à investigação das disfunções sexuais masculinas, os estudos realizados têm recorrido a amostras clínicas e da comunidade, mostrando uma tendência para o elevado valor preditivo de ambas as dimensões da inibição sexual (SIS1 e SIS2) e menos significativa para a excitação (SES) na capacidade de ereção (Janssen et al., 2002a).

Um estudo exploratório que envolveu uma amostra composta por 867 homens recrutados numa universidade americana mostrou que as duas dimensões da inibição sexual se correlacionavam de forma modesta mas positiva com a idade e negativa com a dimensão de excitação sexual. As análises realizadas utilizando apenas os sujeitos mais velhos da amostra e que referiram ter problemas de ereção, permitiram constatar que a idade e ambas as dimensões da inibição sexual, em especial o SIS1, revelaram-se bons preditores da ocorrência de problemas de ereção. A dimensão da excitação sexual mostrou ter apenas um efeito residual na presença de dificuldades de ereção mais recentes. Assim, os dados preliminares sustentam a hipótese da dimensão da inibição sexual poder traduzir uma vulnerabilidade intrínseca e estável para o desenvolvimento das disfunções eréteis, cuja influência seria mais evidente com o avançar da idade, enquanto o SIS2 traduziria uma propensão para a inibição sexual em situações específicas, provavelmente relacionadas com a perceção de ameaças externas em contextos sexuais, e de carácter mais transitório (Bancroft, Graham, Janssen, & Sanders, 2009; Bancroft & Janssen, 2000; Janssen et al., 2002a). Quando estes resultados são analisados de uma forma mais aprofundada, especialmente os indicadores clínicos apresentados pelos sujeitos com disfunção erétil é possível constatar alguns dados interessantes. Por exemplo, verificou-se que os homens que mantinham ereções matinais e também durante a actividade masturbatória, apesar das dificuldades eréteis em atividade sexual com uma parceira (indiciando uma etiologia psicológica), apresentaram níveis significativamente mais elevados de excitação sexual (SES) e também uma tendência, embora não significativa, para apresentar níveis mais baixos de inibição sexual de tipo 1 (SIS1) comparativamente aos sujeitos com condições orgânicas associadas ao mesmo tipo de dificuldades. Relativamente à inibição sexual de tipo 2 (SIS2), apenas os homens com níveis marcados de ansiedade de desempenho ou que manifestaram o receio de ser rejeitados pelas parceiras em virtude das suas dificuldades eréteis se destacaram nesta dimensão, apresentando valores mais elevados de SIS2 e mais baixos de SES.

Neste contexto, estes resultados parecem revelar que o SES, mais do que o SIS1, poderá assumir um papel importante na diferenciação entre as dificuldades eréteis de cariz psicológico e orgânico. De facto, os níveis elevados de SES em homens com disfunção erétil, sugestiva de etiologia psicológica, parecem apontar para a integridade fisiológica da resposta erétil nestas situações clínicas, contrariamente ao que se verificou em indivíduos com condições médicas associadas e que apresentaram valores mais baixos nesta dimensão (Bancroft et al., 2005).

Este modelo, permite não só a possibilidade de uma nova conceção da resposta sexual masculina, como também, afirmar-se como um novo paradigma na abordagem ao tratamento da disfunção erétil.

Em síntese, será pertinente, a elaboração de mais estudos de teor empírico que possibilitem uma melhor clarificação da importância dos mecanismos da excitação e inibição sexual na resposta sexual masculina.

3 - O Teste de Stroop

O teste de Stroop foi desenvolvido para estudar os efeitos de interferência sobre a atenção (Stroop, 1935). Neste teste, o participante é instruído a nomear a cor de uma palavra, ignorando o significado da palavra escrita. Quando, por exemplo, a palavra "verde" é escrita na cor azul, o resultado é uma interferência, traduzindo-se num aumento do tempo de resposta. O período de latência entre a apresentação da palavra e a nomeação da cor com que ela é apresentada, define a medida de interferência no processamento cognitivo automático (Shelley, Price e Hanson, 2007). O teste de Stroop mede assim, as diferentes forças de associação entre as palavras-alvo e as cognições do indivíduo. O período de latência registado, é uma medida do grau de associação entre as palavras-estímulo e o indivíduo (Stroop, 1935).

3.1 - Modelos Explicativos do Efeito Stroop

Os modelos cognitivos consideram que os enviesamentos atencionais não são apenas um resultado das perturbações emocionais, mas que têm um papel importante, quer nas suas causas, quer na sua manutenção. Eles mantêm o círculo vicioso, na medida em que o aumento da perturbação emocional se vai traduzir na sobreavaliação de alguns estímulos, enviesando assim a avaliação do perigo, com o subsequente aumento da perturbação emocional. Por exemplo, nas pessoas com distúrbio de pânico, o aumento das sensações corporais é interpretado como um colapso eminente ou mesmo morte, causando por isso, um aumento da ansiedade e um enviesamento da atenção para mais sensações corporais (Clark, 1988).

Ainda no âmbito dos modelos explicativos do efeito Stroop, Beck, Emery e Greenberg (1986), sugerem que os esquemas cognitivos filtram os estímulos inputs/informação de modo a que a atenção seja seletivamente orientada para a informação congruente com esses esquemas, de tal forma que essa interpretação congruente com esses esquemas se impõe à informação ambígua, e que esse acesso às memórias relacionadas com esses esquemas é facilitado. A teoria de Bower sugere que os núcleos emocionais na memória semântica, podem ser ativados por estímulos ambientais, resultando assim no aumento da ativação dos núcleos a ela associados. Esta teoria sugere que a entrada num estado emocional (ativação emocional) vai aumentar a probabilidade de ativação de informação congruente com essa emoção, através de um fenómeno de generalização da ativação. Desta forma, a percepção, a atenção a interpretação e a recuperação do estímulo congruente com a emoção vai ser facilitada. Apesar das suas diferenças, estes dois paradigmas partilham a premissa de que o estado emocional de um indivíduo está associado a enviesamentos cognitivos, que favorecem o processamento de informação congruente com

esse estado emocional. Estes efeitos/mecanismos de congruência, ocorrem em todos os níveis do processamento de informação (De Ruiter & Brosschot, 1994).

No entanto estudos realizados com pacientes com Distúrbio de Pânico (Carter, Maddock & Magliozzi, 1992; McNally, Riemann, Louro, Lukach & Kim, 1992), revelaram que estes sujeitos apresentavam um efeito stroop comparativamente a sujeitos do grupo controle, não só para palavras de ameaça/perigo, como também para palavras depressivas.

McNally, Riemann, Louro Lukach e Kim (1992), demonstraram que em pacientes com Perturbação de Pânico, palavras positivas (por exemplo, felicidade, alegria, exaltação, despreocupado), em comparação com palavras neutras, produziam tanta interferência/efeito Stroop, como palavras de ameaça/perigo associadas ao medo e a sensações corporais em pacientes com Distúrbio de Pânico.

Mogg e Marden (1990), descobriram que sujeitos com níveis altos de ansiedade-traço, em comparação com sujeitos com baixos níveis de ansiedade-traço, mostraram significativamente maior interferência na nomeação da cor em palavras positivas do que em palavras neutras; registrando também apenas uma ligeira tendência nos sujeitos com alta ansiedade-traço, para exibir uma maior interferência para as palavras de ameaça/perigo, comparativamente às palavras neutras. Estes resultados são difíceis de explicar tanto pela teoria dos esquemas de Beck, como pela teoria da rede de Bower, uma vez que as informações favorecidas no processamento não são claramente congruentes com os esquemas de perigo que se pressupõe existir.

Estes estudos permitiram conceptualizar o efeito Stroop como o resultado de uma tentativa para evitar o processamento de estímulos, porque estes contêm informação com valência emocional. Esta noção de evitamento cognitivo, pode ajudar a explicar porque razão nos estudos acima referidos, os sujeitos com Distúrbio de Pânico, mostraram uma maior interferência/efeito Stroop, tanto em resposta às palavras de valência positiva, como às palavras de valência depressiva. A maior duração destes tempos de latência de resposta pode refletir um estilo geral de evitamento cognitivo, de informação emocionalmente carregada, seja ela positiva ou negativa. Assim, a explicação de um processo de evitamento cognitivo encaixa-se melhor nesses dados, do que uma explicação de enviesamento atencional. Esta interpretação está de acordo com a visão oferecida por Jones e Barlow (1990) que sugeriram que os sujeitos com Distúrbio de Pânico (e talvez de todas as perturbações de ansiedade) "evitam a experiência emocional, independentemente dela ser assustadora, triste, ou excitante".

O modelo connexionista de Cohen, Dunbar e McClelland (1990), surge como um enquadramento mais abrangente, para explicar algumas lacunas dos modelos cognitivos anteriores. Este modelo

conexionista vai basear-se numa perspetiva defendida por Oatley e Johnson-Laird (1987), que considera que o papel das emoções consiste em sinalizar uma estrutura que permita a obtenção dos objetivos pretendidos, ou o evitamento de resultados indesejados. As emoções, vão assim produzir alterações nos modos do processamento da informação, que possibilitem lidar com uma nova situação, que requeira a necessidade de uma ação. Por exemplo, a ansiedade constitui uma mudança para o modo de hipervigilância, de tal forma que a pessoa observa o seu meio envolvente em busca de estímulos ameaçadores, especialmente aqueles que estejam associados a situações ameaçadoras anteriores. Neste modo, o sistema cognitivo dá prioridade à codificação automática dos estímulos ameaçadores, mas não às estratégias comportamentais, que permitam que esse material seja codificado na memória. A mesma analogia pode ser encontrada na resposta fisiológica a qualquer situação de perigo, que envolve o sangue a ser bombeado para os músculos, preparando assim o organismo para a ação, mas desviando-o do sistema digestivo (Williams, Mathews, & Mcleod, 1996)

O modelo conexionista postula que os efeitos de interferência no teste de Stroop, resultam da ativação de uma variável comum, designada por força de processamento. A realização de qualquer tarefa que requer uma via de processamento especial, envolve o estabelecimento de um padrão de ativação nos módulos sensoriais relevantes para gerar o padrão adequado de ativação nos módulos de saída correspondentes. A força de uma via é definida como as ligações entre as unidades que constituem os módulos de uma via. Estes determinam a velocidade e a precisão de ativação do fluxo ao longo dessa via, que por sua vez determinam a velocidade e a precisão de uma resposta.

Como os módulos individualmente, enviam e recebem informação para e de vários outros módulos, cada um pode participar em várias vias diferentes. Cohen, Dunbar e McClelland (1990), defendem a existência de duas vias: uma para a nomeação das cores, e a outra para a leitura das palavras. Cada uma destas vias, tem unidades de entrada (representando as cores ou palavras, respetivamente), unidades intermediárias, e as unidades de saída (para as respostas para nomear a cor ou ler a palavra). Estas vias interagem entre si, interferindo e facilitando a ação uma da outra. A interferência/efeito Stroop ocorre quando os padrões diferentes de ativação convergem para um único ponto de intersecção, em qualquer ponto do processamento após o registo sensorial ter ocorrido.

De acordo com este modelo, os indivíduos com perturbação emocional mostram uma interferência desproporcionada na nomeação das cores, para estímulos negativos, que vai para além do enviesamento atencional, em direção a estímulos de interesse atual (Cassiday, McNally, & Zeitlin, 1992; Lavy et al, 1994; McNally et al, 1994; Segal et al., 1995). Nesta perspetiva, entende-se que esta interferência adicional por estímulos de ameaça pode surgir a partir do controlo neuromodulador de unidades de entrada que representam conteúdos que têm uma história de associação com ameaça.

No campo da investigação experimental, têm sido seguidas duas estratégias principais para estudar os enviesamentos atencionais. A primeira, tem consistido em mostrar como a tendência para prestar uma atenção seletiva a estímulos emocionalmente relevantes, pode facilitar o desempenho em certas tarefas, por beneficiar do processamento de tais informações. Estes estudos incluem demonstrações de que as pessoas que estão emocionalmente perturbadas, têm limiares auditivos menores para estímulos relacionados com preocupações (Burgess et al,1981; Foa & McNally,1986; Klinger, Barter, & Maxeiner,1981; Parkinson & Rachman,1981) e limiares visuais mais baixos para tais estímulos (Powell & Hemsley,1984).

A segunda estratégia tem consistido em mostrar como o desempenho numa tarefa pode ficar condicionado, como resultado da atenção seletiva aos estímulos emocionalmente relevantes sobre essas tarefas, uma vez que o processamento dessa informação possa ser prejudicial. Para qualquer uma das estratégias anteriormente descritas, o paradigma experimental mais utilizado, tem sido o teste Stroop modificado (Williams, Mathews & MacLeod, 1996).

Um aspeto relevante no estudo do efeito stroop, prende-se com o nível de confiança que é possível obter no que diz respeito ao efeito stroop, quando ele é produzido no teste Stroop de nomeação de cores, ou quando este efeito é produzido num teste Stroop modificado (identificação de palavras). Um estudo realizado por Cothran e Larsen (2008), comparou a natureza do efeito Stroop, quando ele ocorria num teste Stroop de nomeação de cores, e num teste Stroop modificado. Os autores compararam os níveis de interferência em duas tarefas de inibição, e constataram que as pontuações relativas à nomeação das cores, se correlacionavam com as pontuações das palavras com valência emocional. Um exame da reatividade fisiológica mostrou que em geral, a nomeação das cores, revelava-se mais ativadora, do que a nomeação de palavras com valência emocional. Para os autores, esta diferença poderá ser devida a um aumento da resposta de conflito (Cothran & Larsen, 2008). Neste sentido, o conflito cognitivo pode ser razoavelmente descrito como a interferência que resulta de informações consideradas irrelevantes para a tarefa que se está a realizar, comparativamente ao tratamento atencional das informações relevantes para essa tarefa (Carter, Braver, Barch, Botvinick, Noll & Cohen, 1998; Barch Sabb Braver, & Noll, 2000; Braver, Barch, Gray, Molfese, & Snyder, 2001).

Uma investigação realizada por Melcher e Gruber 2009, utilizando o fMRI, analisou o efeito de interferência, tendo por base, três critérios: a) a incompatibilidade de resposta, que surge quando ao significado da palavra, corresponde um comportamento motor diferente e incompatível; b) a incongruência semântica, que surge quando o significado lexical da palavra é diferente do significado habitual relevante para a tarefa, quando esse significado é independente do mapeamento motor da palavra, ou da elegibilidade da resposta, e c) orientação para a tarefa (task reference), quando o

significado lexical da palavra tem uma relação semântica com o contexto da tarefa a realizar (uma palavra relacionada com uma cor, numa tarefa de discriminação de cores).

Este estudo permitiu constatar que a incompatibilidade da resposta, foi associada à ativação do córtex pré-motor esquerdo, podendo assim ser interpretada como uma indicação da competição motora ou conflito, isto é, a presença de tendências de resposta competitivas. Esta ativação aparece associada a custos comportamentais de conflito. A incongruência semântica, foi associada à ativação do córtex cingulado anterior, à ínsula bilateral, e ao tálamo, bem como ao córtex somato-sensorial esquerdo.

Baseando-se nas correlações negativas encontradas com os custos comportamentais, estas ativações parecem traduzir os esforços de controlo desenvolvidos para ultrapassar a interferência, e para assegurar a adequada realização da tarefa. Finalmente, as respostas relacionadas com a tarefa ativaram o córtex prefrontal esquerdo, o córtex prefrontal superior direito, e a parte rostro-ventral do córtex prefrontal (Melcher & Gruber, 2009)

Mais recentemente, os investigadores modificaram a tarefa proposta pelo teste de Stroop, para estudar a interferência de palavras com valência emocional. Um exemplo dessa abordagem, é o tempo gasto pelo sujeito, para ler o nome da cor da palavra "Morte" escrita a azul, quando comparado com o tempo de resposta dado, relativamente a uma palavra neutra, por exemplo, "Folha", escrita a verde. A explicação proposta do "efeito Stroop" é que o conteúdo emocional da palavra, atrai mais recursos de atenção e, assim, atrasa a nomeação das cores (McNally, English & Lipke, 1993).

3.2 - Aplicações Clínicas do Teste de Stroop

O teste de Stroop modificado tem sido estudado numa grande variedade de perturbações psiquiátricas (William, Mathews, & MacLeod, 1996). Versões modificadas do teste de Stroop foram também usadas em diversas áreas de investigação psicológica, como as fobias, os transtornos de ansiedade, a depressão, os comportamentos aditivos, os crimes violentos e os crimes sexuais. Seja qual for o domínio, o teste de Stroop modificado tem sido validado de uma forma consistente para demonstrar que os tempos de reação são mais lentos quando as palavras se relacionam especificamente com o problema vivido pelo sujeito (Arnold & Cheek, 1986; Foa, Feske, Murdock, Kozak & McCarthy, 1991; Gross, Jarvik & Rosenblatt, 1993; Holle, Neely & Heimberg, 1997; Hope, Rapee, Heimberg & Dombeck, 1990; Klieger & Cordner, 1990; Kramer & Goldman, 2003; Logan & Goetsch, 1993; Mattia, Heimberg & Hope, 1993; McNeil et al, 1995; Waters e Feyerabend, 2000; Wertz & Sayette, 2001).

O estudo de Gotlib e McCann (1984) selecionou palavras relacionadas com a Depressão, que foram apresentadas a alunos com níveis médios de depressão. Quinze destes alunos tiveram pontuações

altas no Inventário de Beck da Depressão (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) e outros quinze, tiveram pontuações baixas no mesmo Inventário. Os alunos tinham de nomear as cores das palavras apresentadas num taquitoscópio. Os resultados mostraram que a valência da palavra fez pouca diferença para os participantes sem depressão. No entanto, os participantes com depressão ligeira revelaram-se significativamente mais lentos (23 ms) na nomeação das cores das palavras negativas, comparativamente às palavras de valência positiva ou neutra.

Resultados semelhantes foram encontrados por Mathews e MacLeod (1985) ao utilizarem palavras ameaçadoras com indivíduos com ansiedade. Neste estudo, 24 pacientes foram agrupados em função do facto das suas preocupações serem predominantemente sociais (por exemplo, pacientes que avaliavam como embaraçosa qualquer situação de contacto com novas pessoas) ou físicas (por exemplo, pacientes que pensavam que era provável que tivessem um ataque cardíaco). Os pacientes foram testados com quatro placas de Stroop, contendo cada 96 estímulos (12 palavras repetidas oito vezes). Na primeira placa, as palavras relacionavam-se com ameaças físicas (doenças e cancro), na segunda placa, as palavras representavam ameaças sociais (ter comportamentos socialmente desadequados), nas outras placas eram apresentadas palavras não ameaçadoras, sendo na sua maioria, palavras de valência positiva (por exemplo, seguro e férias).

Os resultados mostraram que o grupo de controlo não apresentou diferenças no tempo de resposta para a nomeação da cor da palavra, entre os cartões com palavras de ameaça e os cartões sem palavras ameaçadoras. Por outro lado, não só os participantes com ansiedade revelaram-se mais lentos na nomeação da cor para as palavras ameaçadoras, comparativamente às palavras não-ameaçadoras, (com uma interferência média de 44 ms), como também foi possível constatar uma relação entre o tipo de palavras ameaçadoras que mais interferiu na nomeação da cor e o tipo de preocupações características dos participantes (físicas ou sociais).

O estudo de Watts, McKenna, Sharrock e Trezise. (1986) utilizou um teste Stroop emocional geral (contendo palavras como medo, morte e dor) e um teste com estímulos especificamente relacionados com a psicopatologia dos participantes - palavras de aranha (por exemplo, peludo e rastejante) - num estudo com participantes com aracnofobia. Os autores constataram que esses participantes revelaram pouca interferência na atribuição de nomes de cores em palavras emocionais gerais, comparativamente aos participantes do grupo de controlo. Mas revelaram uma grande interferência na nomeação das cores das palavras relacionadas com o termo "aranha". Com efeito, a extensão da interferência (190 ms) foi quase tão grande como a interferência observada na nomeação de estímulos coloridos antagónicos.

O estudo de Mogg, Mathews, Bird e MacGregor-Morris (1990), envolveu 18 participantes com alto nível de ansiedade-traço e 19 participantes com baixo nível ansiedade. Os participantes tinham de

realizar uma tarefa cognitiva que consistia em resolver anagramas difíceis ou insolúveis (alta tensão) ou anagramas fáceis (baixo nível de stress). A manipulação experimental traduziu-se na indução de uma avaliação de insucesso na realização dessa tarefa cognitiva. Posteriormente foi pedido aos participantes para resolverem uma tarefa Stroop modificada envolvendo palavras com categoria “ameaça geral” (por ex. “só”) e palavras de “realização” (por ex. “ignorante”).

Os resultados mostraram que, na sequência dessa indução de stress, a interferência de nomeação de cor foi maior para as palavras que representam as preocupações de realização (50 ms). Neste estudo foi ainda possível constatar que o nível de ansiedade-traço foi mais associado à presença de interferência emocional (efeito Stroop). Independentemente do facto de as pessoas terem passado por uma experiência stressora, os indivíduos com nível alto de ansiedade-traço mostraram mais interferência para todas as palavras ameaçadoras (tanto “ameaça geral” como para as “palavras de realização”).

No âmbito da sexualidade humana, os estudos que têm utilizado o teste de Stroop modificado, têm-se centrado no domínio dos agressores sexuais. A utilização do teste de stroop modificado não é ainda uma prática consolidada, especialmente em contexto laboratorial na abordagem das disfunções sexuais.

Capítulo II

Estudos Empíricos

1 – Metodologia

1.1 - Descrição da Amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por um total de 42 sujeitos, repartidos entre homens com disfunção erétil psicogénica (22) e homens sem disfunção erétil (20). O grupo dos participantes com disfunção erétil, tinha um intervalo de idades entre os 19 e os 43 anos de idade, tendo a sua média de idades um valor de 31.3 anos. Os participantes sem disfunção erétil, apresentaram um intervalo de idades entre os 19 e os 28 anos, tendo a sua média de idades um valor de 22 anos. No entanto, quando comparadas, as amostras não são homogéneas relativamente à idade. A diferença entre os dois grupos é estatisticamente significativa $F(1, 39)=21.541$ $p < .001$.

Quanto ao estado civil, é possível constatar que os participantes do grupo de controlo são todos solteiros, enquanto os participantes do grupo clínico, apresentam a seguinte distribuição: 65% são solteiros; 13% são casados; 18% são divorciados e 4% são viúvos.

Ao nível das habilitações literárias, os participantes do grupo de controlo têm na sua maior parte (65%), frequência do ensino superior; 5% têm frequência do ensino médio, e 32% têm frequência de nível secundário. Os participantes do grupo clínico, apresentam uma distribuição mais heterogénea, sendo que 5% têm frequência do nível básico, 4% têm frequência do terceiro ciclo do ensino, 35% têm frequência do ensino secundário, 4% têm frequência do ensino médio, e 52% têm frequência universitária.

No entanto, e apesar desta estratificação, os dois grupos não se diferenciam significativamente relativamente às habilitações literárias $U=186.500$, $p=.359$.

1.2 – Procedimentos

Depois de se inscreverem e mostrarem-se disponíveis para participar no estudo, os participantes respondiam a uma entrevista telefónica de triagem, com o objetivo de verificar se preenchiam os critérios de inclusão (orientação heterossexual, não ter uma patologia orgânica ou psicológica com impacto na função erétil, não consumir substâncias ou medicação com impacto na função erétil).

Após este primeiro contacto, era agendada uma data para uma entrevista telefónica, onde era feito um despiste global sobre o estado de saúde geral, o estado de saúde mental e o estado de saúde sexual dos

participantes. Só após a realização desta entrevista telefónica, e na condição de cumprirem os critérios de inclusão, os participantes poderiam ser convidados a participar na investigação

Os participantes, depois de seleccionados para participar no estudo, eram convidados a apresentar-se no SexLab da Universidade de Aveiro, tendo numa fase posterior esta investigação, sido concluída na Universidade do Porto. Todos os participantes eram submetidos a uma entrevista clínica para avaliação de disfunções sexuais (SDI; Sbrocco, Weisberg, & Barlow, 1992). Os participantes com disfunção erétil eram ainda questionados sobre a presença de problemas médicos ou consumo de substâncias e/ou medicação que pudesse explicar o diagnóstico clínico (sendo apenas incluídos os participantes sem etiologia orgânica). Para a realização da componente laboratorial desta investigação, os participantes assinavam um documento de consentimento informado, onde eram explicitados todos os procedimentos a que os participantes seriam sujeitos, inclusivamente o facto de poderem desistir da sua participação em qualquer momento, sem que fossem por isso de qualquer forma penalizados. Após a sua concordância, começavam por preencher uma bateria de questionários que permitia a recolha de informação sobre as diferentes variáveis em estudo., como os pensamentos, as emoções e as crenças.

Após o preenchimento desta bateria, os participantes eram convidados a dirigir-se para um compartimento privado, onde colocariam o *indium gallium*, que permite o registo das alterações da circunferência peniana. Os dados recolhidos foram guardados usando o sistema MP150 (BIOPAC).

Depois do investigador sair desse compartimento e estar numa sala anexa, o participante recebia instruções sobre como colocar o *indium gallium*. Depois do investigador verificar a qualidade do sinal recolhido pelo *indium gallium*, o participante via um primeiro clip neutro de 10 minutos. Depois deste período de adaptação, eram então apresentados num registo de contrabalanceamento, os dois filmes sexuais. Após o visionamento de cada um dos clips, era pedido aos participantes para classificar um conjunto de afirmações respeitantes ao seu nível de excitação sexual subjetiva, bem como ao tipo de pensamentos e emoções associadas ao clip que acabavam de ver. Todas as instruções eram apresentadas no monitor do compartimento onde estava o participante.

Numa última fase, e após deixarem o compartimento privado, onde viram os clips, era pedido aos participantes, para realizarem uma tarefa stroop.

Esta tarefa consistia no visionamento de um total de 192 palavras agrupadas em quatro categorias: neutras, positivas, negativas específicas e negativas gerais. As palavras eram apresentadas num monitor, e a tarefa do participante consistia em classificar a cor em que a palavra aparecia escrita. As palavras apareciam escritas nas cores amarela, vermelha, azul e verde. A ordem de apresentação das palavras em cada categoria, era aleatória.

Sempre que o participante carregasse numa das teclas coloridas do teclado, aparecia um écran branco com a duração de poucos microssegundos, surgindo depois deste écran, uma nova palavra para identificar a cor com que aparecia escrita. A mudança para uma nova palavra-estímulo, ocorria sempre que o participante carregasse numa tecla, independentemente da sua resposta estar certa ou errada.

A resposta do participante era registada em termos do tempo que tinha demorado a responder e se tinha premido a tecla correta.

O participante não tinha forma de saber se tinha acertado ou errado na identificação da cor da palavra. Para registo e tratamento dos dados, foi utilizado o software SuperLab 4.5 (Cedrus Corporation, San Pedro, CA, USA).

No final da tarefa stroop, dava-se por concluída a colaboração do participante, que recebia um vale de 30€.

1.3 – Instrumentos

1.3.1 – Medidas de Auto-resposta

1.3.1.1 – Escalas de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES)

Escalas de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES) As escalas de inibição e excitação sexual (SIS/SES; Janssen, , Vorst, H., Finn, P., & Bancroft, J., 2002a) são constituídas por 45 itens de auto-resposta destinados à avaliação das diferenças individuais na propensão para a excitação sexual e para a inibição sexual. Os itens que compõem estas escalas descrevem diferentes tipos de situações hipotéticas nas quais pode ocorrer a perda da excitação sexual em virtude de uma ameaça percebida a nível interno ou interpessoal (i.e., incapacidade para desempenhar sexualmente ou consequências negativas resultantes de atividade sexual), e situações não ameaçadoras potencialmente excitantes do ponto de vista sexual (i.e., interações sociais; estímulos visuais, tácteis ou imaginários). As respostas são dadas utilizando uma escala do tipo Likert que varia entre 1 (“Concordo fortemente”) e 4 (“Discordo fortemente”) que traduz a resposta sexual típica a uma situação específica. A análise factorial de segunda ordem da escala original identificou 3 factores, um relacionado com a excitação sexual (SES) e dois relacionados com a inibição sexual (SIS1 ou inibição sexual devida a ameaça de falha no desempenho e SIS2 ou inibição sexual devida a ameaça das consequências do desempenho). As escalas SIS/SES apresentam níveis adequados de consistência interna (alpha de Cronbach de .89 para o SES, alpha de Cronbach de .81 para o SIS1 e .73 para o SIS2), de fidelidade teste-reteste ($r_{SES} = .76$; $r_{SIS1} = .67$; $r_{SIS2} = .74$) e os estudos de validade discriminante e convergente revelaram a especificidade das escalas para avaliar propensões específicas ao nível da resposta sexual (Janssen et al., 2002a). Os estudos

realizados com a versão Portuguesa do SIS/SES, replicaram a estrutura fatorial original das escalas e mostraram a sua adequação psicométrica com valores elevados de consistência interna (SES, α de Cronbach de .92; SIS1, α de Cronbach de .80; SIS2, α de Cronbach .74) e de fidelidade teste-reteste (r_{SES} e $r_{SIS1} = .65$, $r_{SIS2} = .72$) (Quinta-Gomes, Janssen, & Nobre, 2016)

1.3.1.2 – Índice Internacional da Função Erétil (IIEF)

O IIEF (Rosen et al., 1997) é um questionário curto constituído por 15 itens, de auto-resposta, e de fácil administração. O IIEF permite avaliar diferentes áreas do funcionamento sexual masculino: função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação sexual e satisfação geral. O IIEF permite o cálculo de índices específicos para cada dimensão avaliada, bem como de um índice total de funcionamento sexual, em que os valores mais elevados significam melhores níveis de funcionamento sexual (o domínio do desejo sexual compreende valores de 2 a 10, o domínio da função erétil de 1 a 30, o da função orgásmica de 0 a 10, o domínio da satisfação sexual de 0 a 15, o domínio da satisfação geral de 2 a 10 e total desde 5 a 75). Tanto a consistência interna do instrumento (valores de α de Cronbach iguais ou superiores a .73), como a consistência temporal das suas 5 subescalas (fidelidade teste-reteste: desde $r = .64$ a $r = .84$), foi demonstrada por vários estudos psicométricos. A validade discriminante do instrumento foi também verificada através da sensibilidade demonstrada para detetar diferenças significativas nas pontuações médias entre grupos clínicos e de controlo, assim como na sensibilidade para detetar alterações decorrentes de intervenções terapêuticas (Rosen et al., 1997). Os estudos psicométricos realizados com a versão Portuguesa do instrumento demonstraram valores adequados de consistência interna (valores de α de Cronbach entre .72 e .86) e de fidelidade teste-reteste (desde $r = .14$ a $r = .90$) para as 5 subescalas, replicadas através da análise factorial confirmatória. A sensibilidade da versão Portuguesa para diferenciar entre grupos clínicos (homens com disfunção erétil) e grupos de controlo foi igualmente demonstrada (Quinta Gomes & Nobre, 2012b).

1.3.1.3 – Questionário de Pensamentos Sexuais (STQ)

O Questionário de Pensamentos Sexuais (é um instrumento de auto-resposta que permite recolher informação sobre o teor dos pensamentos tidos pelos participantes, durante o visionamento dos clips eróticos. Os participantes têm de classificar um total de 30 pensamentos usando uma escala tipo Likert (de 0 “nunca” a 6 “frequentemente”), para se saber com que frequência ocorreram esses pensamentos. Os estudos psicométricos (Sigre-Leirós, Carvalho, & Nobre, 2016) identificaram uma estrutura factorial composta por cinco domínios: pensamentos de excitação sexual (“Estou a ficar excitado”), pensamentos de distração/desengajamento (“Isto é uma perda de tempo”), pensamentos sobre a imagem corporal e desempenho (“O meu corpo não é tão sexy como aquele”), pensamentos sobre os atributos físicos/atracção física da atriz (“Aquela mulher é realmente excitante”) e pensamentos pecaminosos/pensamentos de culpabilidade (“Isto é imoral”). As subescalas deste questionário revelaram

uma consistência aceitável com alfas de Cronbach a variar entre 0,79 e 0,86) (Sigre-leirós, Carvalho, & Nobre, 2016).

1.3.1.4 – Escalas de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS)

A escala de afeto positivo e negativo (PANAS; Watson, Clark, L., & Carey, G., 1988) é um instrumento de auto-resposta composto por 20 adjetivos destinados à avaliação do afeto positivo e do afeto negativo segundo uma escala do tipo Likert que varia entre 1 (“Muito pouco” ou “Quase nada”) e 5 (“Extremamente”). Este instrumento permite avaliar as duas dimensões do afeto numa vertente de estado (a forma como uma pessoa se sente em determinado momento) ou numa vertente de traço (a forma como uma pessoa geralmente se sente) consoante a instrução que é dada ao respondente. A avaliação das duas dimensões do afeto é feita de forma independente, pelo que uma pontuação elevada numa das dimensões não pressupõe necessariamente uma pontuação baixa na outra. Os estudos psicométricos realizados pelos autores desta escala demonstraram a consistência interna das duas dimensões do afeto com valores de alpha de Cronbach de .89 para a subescala do afeto positivo e de .85 para a escala do afeto negativo. A versão Portuguesa deste instrumento apresenta igualmente boas características psicométricas, nomeadamente uma boa consistência interna como demonstrado por valores de alpha de Cronbach de .86 para a subescala do afeto positivo e de .89 para a do afeto negativo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

1.3.1.5 – Questionário de Excitação Subjetiva

O Questionário de Excitação Subjetiva é um questionário de auto-resposta preenchido pelos participantes, após o visionamento de cada um dos clips sexuais. Aos participantes era-lhes pedido para responder à questão “Que nível de excitação sexual sentiu durante o filme que acabou de ver?”, utilizando uma escala tipo Likert (de 1 - “nada excitado” a 9 – “extremamente excitado”) (Oliveira, Laja, Carvalho, Quinta Gomes, Vilarinho, Janssen & Nobre, 2014).

1.3.1.6 – Entrevista de Avaliação das Disfunções Sexuais (SDI)

A Entrevista de Avaliação de Disfunções Sexuais (Sbrocco, Weisberg, & Barlow, 1992) é uma entrevista clínica estruturada destinada à avaliação e diagnóstico de disfunções sexuais masculinas e femininas, tendo por base os critérios de diagnóstico definidos pelo DSM-IV-TR (APA, 2000).

Para além de avaliar especificamente cada uma das dimensões de disfunção sexual identificadas pelo referido manual de diagnóstico, a SDI permite ainda a recolha de informação relativamente a outros aspetos da esfera sexual, como a orientação sexual, frequência de comportamento sexual, história do comportamento sexual ou história de experiências sexuais indesejadas.

No presente trabalho, foi utilizada a versão masculina desta entrevista para a avaliação e diagnóstico de disfunção sexual apenas em homens que integraram os grupos clínicos (versão Portuguesa traduzida e adaptada por Nobre, Carvalheira, & Fonseca, 2003).

1.3.2 – Medidas de Resposta Genital

1.3.2.1 – *Indium Gallium*

A excitação sexual fisiológica foi medida com o *indium gallium* (Richards, Bridger B, Wood M, Kalucy R, & Marshall V., 1985; Janssen, Vissenberg M, Visser S, & Everaerd W., 1997). Este instrumento consiste num anel elástico de borracha, preenchido com *indium gallium*, que é colocado na base do pénis do participante, após ter sido previamente calibrado. As alterações provocadas na resistência do instrumento, causadas pela sua expansão, durante a ereção do pénis, eram registadas no Biopac MP 100 System, com software Acqknowledge (Biopac Systems, Inc., Goleta, CA, USA). Os dados referentes à ereção dos participantes eram transformados em valores z. A resposta genital era definida em termos da diferença obtida entre os valores de excitação no decorrer dos filmes sexuais e o valor de linha de base medido durante os filmes neutros que os precediam. No intervalo entre os clips, os participantes respondiam a questões. Estes intervalos permitiam também o regresso a uma linha de base. A resposta genital média (tendo por base a diferença entre a resposta genital média apresentada durante o visionamento dos clips sexuais relativamente aos clips neutros), foi a resposta utilizada nas análises desta investigação.

1.3.3 – Filmes Sexuais

Foram utilizados dois filmes com cenas de sexo explícito com 3 minutos de duração. Os filmes foram selecionados a partir de filmes de adultos existentes no mercado, que foram utilizados numa investigação anterior (Janssen, Carpenter D, Graham C., 2003). Ambos os filmes proporcionavam altos níveis de excitação subjetiva, como demonstrado num estudo piloto realizado com uma amostra de homens e mulheres portuguesas. O filme neutro consistia num documentário científico, que servia fundamentalmente para registar a linha de base. Os filmes eram apresentados com o software SuperLab 4.5 (Cedrus Corporation, San Pedro, CA, USA).

1.3.4 – Teste de Stroop

O teste de Stroop (1935) tem sido muito utilizado em contexto de investigação laboratorial, para estudar os processos de atenção. Na sua versão original, pede-se a um participante para nomear a cor a que está escrita uma palavra, enquanto tenta ignorar o seu significado. Por exemplo, uma palavra, como “vermelho” pode aparecer escrita a verde, a palavra “castanho” a vermelho, e assim por diante. Stroop constatou, tal como muitos outros investigadores, (Williams, Mathews & MacLeod, 1991), que alguns participantes levam mais tempo a nomear as cores quando os estímulos são nomes de cores antagónicas, do que quando os estímulos são estímulos sem significado. No entanto, não são apenas os nomes das cores que causam tais interferências. Investigações subsequentes revelaram que todas as palavras comuns produzem alguma interferência (Klein, 1964), especialmente se a palavra em si tende a ser associada a

uma cor (por exemplo, céu e relva) (Scheibe, Shaver, e Carrier, 1967). O efeito stroop demonstra assim, que as pessoas são mais lentas a nomear a cor de uma palavra com uma valência emocional, do que uma palavra neutra. A capacidade para isolar o atributo de interesse num determinado objeto, excluindo atributos irrelevantes ou distratores, é indispensável para a adaptação e sobrevivência. Para se poder atravessar a rua com segurança, é preciso concentrar-se na velocidade do carro que se aproxima, ignorando momentaneamente a sua forma ou cor.

Nesta investigação, a tarefa stroop proposta aos participantes consistia no visionamento de um total de 192 palavras agrupadas em quatro categorias: neutras, positivas, negativas específicas e negativas gerais. As palavras eram apresentadas num monitor, e a tarefa do participante consistia em classificar a cor em que a palavra aparecia escrita. As palavras apareciam escritas nas cores amarela, vermelha, azul e verde. A ordem de apresentação das palavras em cada categoria, era aleatória.

Para este estudo, a partir da revisão de literatura (foram concebidas quatro categorias de palavras: palavras neutras, palavras positivas, palavras negativas gerais e palavras negativas específicas. Cada categoria era composta por um total de 12 palavras, fazendo uma lista com um total de 48 palavras. As palavras foram escolhidas, de modo a haver uma correspondência/emparelhamento em termos de conhecimento geral da língua portuguesa, bem como respeitar o mesmo número de palavras em cada categoria, quanto á sua extensão silábica (haver em todas as categorias o mesmo número de palavras dissilábicas, trissilábicas e polissilábicas). A distinção entre palavras negativas gerais e negativas específicas, prende-se com o facto das últimas estarem exclusivamente relacionadas com o contexto sexual e por isso, esperar-se uma maior tendência dos participantes a evidenciarem nelas o efeito stroop.

As 48 palavras eram depois apresentadas aleatoriamente aos participantes, num monitor de fundo branco, escritas a vermelho, azul, verde e amarelo, perfazendo um total de 192 estímulos apresentados individualmente. Em frente ao monitor, estava colocado um teclado que permitia ao participante carregar na tecla da cor idêntica à cor da palavra que lhe aparecia no monitor.

A tarefa consistia portanto em ler a palavra e identificar a cor com que ela aparecia escrita. Sempre que o participante carregasse numa das teclas coloridas do teclado, aparecia um écran branco com a duração de poucos microssegundos, surgindo depois deste écran, uma nova palavra para identificar a cor com que aparecia escrita. A mudança para uma nova palavra-estímulo, ocorria sempre que o participante carregasse numa tecla, independentemente da sua resposta estar certa ou errada. A resposta do participante era registada em termos do tempo que tinha demorado a responder e se tinha premido a tecla correta. O participante não tinha forma de saber se tinha acertado ou errado na identificação da cor da palavra.

Para registo e tratamento dos dados, foi utilizado o software SuperLab 4.5 (Cedrus Corporation, San Pedro, CA, USA).

Capítulo III

Estudo 1 - Excitação e Inibição Sexual em Homens com e sem Disfunção Erétil

1 - Introdução

As Escalas de Inibição e Excitação Sexual (SIS / SES) medem a propensão para a inibição e excitação sexual em homens e mulheres. De acordo com o modelo teórico subjacente ao SIS / SES, a resposta sexual e o comportamento associado dependem de mecanismos de controlo dual no cérebro que envolvem o equilíbrio dos sistemas excitatórios e inibitórios que incidem sobre a resposta sexual. Estudos anteriores com o SIS / SES indicaram um fator excitatório de ordem superior e dois fatores inibidores de ordem superior que afetam a resposta sexual (Varjonen, Pekka, Höglunda, Patrick, Ada, Wagera, Witting, Ålgarsa & Sandnabba, 2007).

As escalas SIS/SES são compostas por três fatores: um mede a excitação sexual (SES) e outros dois medem a inibição sexual (SIS1 e SIS2). De acordo com os seus autores, Bancroft e Janssen (2000), o primeiro fator de inibição (SIS1) está relacionado com o nível do tom inibitório e está por isso associado com o medo de uma *performance* sexual negativa e as suas consequências (e.g., perder a ereção durante a atividade sexual). O segundo fator de inibição, o (SIS2), está relacionado com ameaças externas relativas às potenciais consequências negativas do comportamento sexual (e.g., ser surpreendido durante a atividade sexual, envolver-se sexualmente sem uso de preservativo, etc.). Destes dois fatores de inibição, tem sido sugerido que o SIS1 seja mais relevante para as disfunções sexuais, com indivíduos com pontuações mais altas nesta dimensão, a revelarem maiores vulnerabilidades (Bancroft, Janssen, Carnes, Goodrich, Strong & Long., 2004). Por outro lado, o SIS2 tem sido apontado como o fator mais diretamente relacionado com os comportamentos sexuais de risco. Baixas pontuações no SIS2, poderão estar mais associadas a situações como transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, gravidezes indesejadas, entre outros.

Num estudo envolvendo 408 homens sem disfunção erétil, Janssen, Vorst, Finn & Bancroft (2002a), constataram que o SIS1 era um forte preditor do funcionamento sexual, podendo revelar-se como uma componente de vulnerabilidade traço significativa.

Por sua vez, Bancroft, Carnes, Janssen, Goodrich e Long, (2005) realizaram um estudo com numa amostra de conveniência com 1397 homens homossexuais, e 1558 homens heterossexuais (emparelhados em termos sociodemográficos), em que avaliaram o papel dos traços de personalidade como a tendência para a inibição sexual (SIS1 e SIS2), a excitação sexual (SES), o impacto do humor na sexualidade e os traços da depressão e da ansiedade como preditores da disfunção erétil. Os resultados indicaram que a idade e o SIS1 revelaram-se preditores significativos da disfunção erétil tanto para homens heterossexuais, como para homens homossexuais.

Duits e colaboradores (2009), realizaram outro estudo onde procuraram investigar a relação entre a excitação e inibição sexual e o funcionamento sexual em 19 pacientes que sofreram AVC. Os resultados mostraram que a excitação sexual (SES) estava positivamente correlacionada com o desejo sexual, enquanto a inibição sexual (SIS1), estava negativamente correlacionada com o orgasmo e o desejo sexual. Os pacientes com altos níveis de SIS1, tinham uma maior propensão para apresentar pontuações mais baixas na generalidade do funcionamento sexual, comparativamente aos que apresentavam níveis menores nesta dimensão.

Por outro lado, Lykins e colaboradores (2012), analisaram o papel do SIS/SES nas disfunções sexuais e na satisfação sexual em 35 casais recentes. Os estudos indicaram que o SIS1 foi o melhor preditor da disfunção erétil no marido/companheiro, enquanto o SES foi preditor da satisfação sexual em ambos os cônjuges.

Para além destes estudos desenvolvidos sobretudo em amostras não clínicas, Bancroft, Herbenick, Barnes, Hallam-Jones, Wylie, Janssen, et al. (2005) realizaram um estudo com um total de 171 homens com sintomatologia clínica (146 dos quais com disfunção erétil), que foram emparelhados em termos sociodemográficos, com uma amostra não clínica de 446 homens, para uma avaliação da propensão para a inibição sexual (SIS1 e SIS2) e para a excitação sexual (SES). Os resultados revelaram que os homens com disfunção erétil apresentavam pontuações mais baixas na excitação sexual e pontuações mais altas na inibição sexual relacionada com a avaliação do desempenho (SIS1), comparativamente aos homens sem disfunção erétil.

O presente estudo tem como objetivo comparar as diferenças registadas ao nível da excitação inibição sexual, em homens com e sem disfunção erétil. Apesar de haver já um conjunto significativo de estudos acerca da relação entre a propensão para a inibição/excitação sexual e o funcionamento sexual, são ainda escassos os estudos que recorram a amostras clínicas. Para além disso este estudo será o primeiro a recorrer a amostras clínicas e não clínicas incluindo uma componente laboratorial com avaliação da resposta genital e subjetiva face a estímulos de natureza sexual.

De acordo com os resultados encontrados em estudos anteriormente realizados, estabeleceu-se como hipótese para este estudo, que os homens com disfunção erétil, apresentariam valores significativamente mais altos na escala SIS1 e eventualmente valores mais baixos na escala SES, comparativamente aos do grupo de controlo. Para além disso, esperamos ainda que o SES e sobretudo o SIS1, apresentem correlações significativas (positivas no caso do SES e negativas no caso do SIS 1) com a resposta sexual subjetiva e genital face a estímulos sexuais em contexto laboratorial, independentemente do grupo (clínico ou controlo).

2 – Metodologia

2.1 – Participantes

Este estudo contou com a participação de 34 homens (16 com diagnóstico de disfunção erétil psicogénica e 18 homens sem diagnóstico de disfunção erétil). Em termos de descrição da amostra, constatou-se que os participantes sem disfunção erétil (grupo de controlo), era maioritariamente constituído por homens solteiros com um intervalo de idades entre os 19 e os 43 anos de idade, tendo a sua média de idades um valor de 31.3 anos. Os participantes sem disfunção erétil, apresentaram um intervalo de idades entre os 19 e os 28 anos, tendo a sua média de idades um valor de 22 anos.

Quanto ao estado civil, é possível constatar que os participantes do grupo de controlo são todos solteiros, enquanto os participantes do grupo clínico, apresentam a seguinte distribuição: 65% são solteiros; 13% são casados; 18% são divorciados e 4% são viúvos.

Ao nível das habilitações literárias, os participantes do grupo de controlo têm na sua maior parte (65%), frequência do ensino superior; 5% têm frequência do ensino médio, e 32% têm frequência de nível secundário.

Os participantes do grupo clínico, apresentam uma distribuição mais heterogénea, sendo que 5% têm frequência do nível básico, 4% têm frequência do terceiro ciclo do ensino, 35% têm frequência do ensino secundário, 4% têm frequência do ensino médio, e 52% têm frequência universitária.

2.2 – Procedimentos

Embora de uma forma mais detalhada, já tenham sido descritos no capítulo anterior, os procedimentos inerentes à realização deste estudo, apresenta-se sucintamente uma descrição desses procedimentos.

Os participantes foram recrutados, a partir da publicitação do estudo nos media e na internet. Para poderem participar na investigação, os participantes tinham de cumprir alguns critérios de admissão, de modo a serem respeitados os objetivos gerais pretendidos neste estudo: orientação heterossexual, não apresentar psicopatologia nem condições médicas com efeito negativo conhecido no funcionamento sexual.

Depois de se mostrarem interessados em participar no estudo, era conduzida uma entrevista telefónica de triagem, para verificação dos critérios de inclusão no estudo. Estando estes critérios confirmados, era então agendada uma data para marcação de entrevista clínica (SDI) de confirmação de diagnóstico no caso do grupo clínico e de exclusão de disfunção sexual no caso dos participantes do grupo de controlo.

Após a entrevista clínica e caso os critérios de inclusão fossem confirmados os participantes deslocavam-se ao laboratório para participar no estudo. Uma vez no laboratório, era apresentado um documento de consentimento informado, com as especificações do estudo e informando que o participante podia abandonar o estudo em qualquer momento, sem qualquer penalização. Após a ratificação da sua concordância, era pedido ao sujeito que preenchesse uma bateria de questionários destinados a avaliar uma diversidade de variáveis constantes do estudo. Após este preenchimento, o participante era então encaminhado para um compartimento privado, onde lhe eram dadas as instruções para a colocação da cinta de tensão peniana (*indium gallium gauge*), de modo a que pudesse ser registada a sua resposta genital, durante o visionamento dos filmes sexuais que lhe eram apresentados. No final de cada um dos dois filmes os participantes relatavam ainda os níveis de resposta sexual subjetiva sentidos.

2.3 – Instrumentos

Neste estudo foram utilizados como instrumentos de avaliação:

- a) O SIS/SES: As escalas de inibição e excitação sexual (SIS/SES; Janssen et al., 2002a) são constituídas por 45 itens de auto-resposta destinados à avaliação das diferenças individuais na propensão para a excitação sexual e para a inibição sexual. Os itens que compõem estas escalas descrevem diferentes tipos de situações hipotéticas nas quais pode ocorrer a perda da excitação sexual em virtude de uma ameaça percecionada a nível interno ou interpessoal (i.e., incapacidade para desempenhar sexualmente ou consequências negativas resultantes de atividade sexual), e situações não ameaçadoras potencialmente excitantes do ponto de vista sexual (i.e., interações sociais; estímulos visuais, tácteis ou imaginários). As respostas são dadas utilizando uma escala do tipo Likert que varia entre 1 (“Concordo fortemente”) e 4 (“Discordo fortemente”) que traduz a resposta sexual típica a uma situação específica.
- b) A Entrevista Clínica (SDI, Sbrocco, Weisberg, e Barlow, 1992) para a avaliação e diagnóstico de disfunções sexuais, tendo por base os critérios de diagnóstico definidos pelo DSM-IV-TR (APA, 2000).
- c) O Questionário de Excitação Subjetiva (Oliveira, Laja, Carvalho, Quinta Gomes, Vilarinho, Janssen & Nobre, 2014), um questionário de auto-resposta preenchido pelos participantes, após o visionamento de cada um dos clips sexuais.

d) O *Indium Gallium* (Richards, Bridger B, Wood M, Kalucy R, & Marshall V., 1985; Janssen, Vissenberg M, Visser S, & Everaerd W., 1997), para avaliar o nível de excitação fisiológica dos participantes, durante o visionamento dos clips de estimulação sexual.

3. – Resultados

De forma a estudar as diferenças entre os dois grupos relativamente aos níveis de excitação e inibição sexual apresentados por cada um dos grupos de participantes, realizámos uma análise multivariada da covariância (MANCOVA) tendo como variável independente o grupo (grupo clínico vs. grupo controlo) e como variáveis dependentes as três dimensões da escala de excitação e inibição sexual (SIS-SES). Uma vez que os grupos diferiram significativamente entre si relativamente à idade, esta foi incluída como covariável. Uma vez controlado o efeito da idade, o teste multivariado para os grupos mostrou ser estatisticamente significativo [Λ de Wilks = .652, $F(3, 29) = 5.16$, $p = .006$, $\eta^2 = .34$].

Conforme constatado na Tabela 1, as análises univariadas indicaram a existência de diferenças entre os grupos, nas duas dimensões de inibição sexual: SIS1 [$F(1, 31) = 15.02$, $p = .001$, $\eta^2 = .32$],] e SIS2 [$F(1, 31) = 7.77$, $p = .009$, $\eta^2 = .20$].

Os homens do grupo clínico apresentaram valores significativamente superiores de inibição sexual do tipo 1 e 2 comparativamente aos homens do grupo de controlo: SIS1 (grupo clínico: $M = 42.38$, $DP = 6.70$; grupo de controlo: $M = 32.56$, $DP = 4.27$), SIS2 (grupo clínico $M = 29.38$, $DP = 4.07$, grupo de controlo $M = 24.93$, $DP = 3.92$).

Tabela 1

Diferenças entre os Grupos ao Nível da Excitação e Inibição Sexual (N = 34): Análises Univaridas da Variância

SIS/SES	Grupo						
	Grupo Clínico		Controlo		F(1,31)	p	□ ηp²□
	M	DP	M	DP			
SES	49.5	5.78	49.5	6.62	0.25	0.615	0.01
SIS1	42.3	6.7	32.56	4.27	15.021***	0.001	0.3
SIS2	29.3	4.07	24.93	3.92	7.77**	0.009	0.20

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

A tabela seguinte, mostra as correlações entre as diferentes dimensões da excitação/inibição sexual e as duas tipologias de resposta (genital e subjetiva), apresentadas pelos participantes aos dois filmes de natureza sexual.

Da sua análise pode-se constatar que existe um padrão de correlações negativas e significativas, essencialmente entre a inibição de tipo 1 (SIS1) e de tipo 2 (SIS2) e a resposta genital (em ambos os filmes). Para além disso, a inibição tipo 1 (SIS1), apresenta também correlações negativas significativas com a resposta sexual subjetiva no filme 1. A propensão para a excitação sexual (SES), por sua vez, apresenta uma correlação positiva significativa apenas com a resposta sexual subjetiva ao filme 2.

Tabela 2

Correlações entre o SIS/SES e as Respostas Genital e Subjetiva aos filmes 1 e 2 (N=34)

SIS/SES	RespGenital1	RespGenital2	ExcSubj1	ExcSubj2
SES	-,092	,168	,183	,549**
SIS1	-,501**	-,529**	-,361*	-,328
SIS2	-,507**	-,541**	,212	-,088

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

4 - Discussão

Este estudo teve como objetivo comparar a propensão para a excitação /inibição sexual (de acordo com a escala SIS/SES), entre homens com e sem disfunção erétil. Este estudo visou ainda testar a relação entre as dimensões do SIS/SES e a resposta sexual subjetiva e genital face a estímulos eróticos em contexto laboratorial.

Os resultados indicaram que os homens com disfunção erétil, apresentaram níveis significativamente mais altos na escala SIS1, definida como a inibição associada ao medo de uma *performance* sexual negativa e às suas consequências, comparativamente aos homens sem disfunção erétil. Estes resultados corroboram de uma forma geral, a conceptualização do modelo dual, bem como os resultados encontrados em estudos anteriores com amostras clínicas que indicaram valores de inibição sexual devido à ameaça de um mau desempenho (SIS1) superiores em homens com disfunção erétil comparativamente a homens sem dificuldades sexuais (Bancroft & Janssen, 2000 e Bancroft et al., 2005). Por outro lado, estudos com amostras de homens de orientação homossexual e heterossexual mostraram também que o SIS1 se constituiu como um preditor significativo de queixas de disfunção erétil independentemente da orientação sexual.

O SIS1, concebido como um parâmetro para medir a propensão para a "inibição devida à ameaça de falha no desempenho", avalia a perda de excitação ou a dificuldade em ficar excitado, associada a preocupações sobre a sua própria resposta sexual, à resposta sexual da parceira e ainda à distração durante a atividade sexual. Nesse sentido, os resultados do presente são congruentes com o modelo teórico subjacente (modelo de controlo dual) e corroboram a principal hipótese apresentada.

Para além deste dado, os resultados indicaram uma diferença estatisticamente significativa ao nível da inibição devida às potenciais consequências do comportamento sexual (SIS2). Os sujeitos do grupo clínico (homens com disfunção erétil) apresentaram valores de SIS2 superiores aos homens sem disfunção sexual. O SIS2, avalia a perda de excitação ou dificuldade em ficar excitado por causa do risco de 'ser apanhado' (situação comprometedora), medo de uma gravidez indesejada, medo de contrair doenças sexualmente transmissíveis, as preocupações sobre valores morais ou em infligir dor durante as relações sexuais (Bancroft et al., 2005). Este resultado que não tinha sido proposto enquanto hipótese, pode no entanto ser explicado pelo facto dos homens com disfunção erétil participantes no estudo apresentarem para além de uma inibição relacionada com ameaça de um mau desempenho também um receio adicional das consequências da resposta sexual (e.g., ser apanhado, observado por terceiros, etc) que pode ser parcialmente justificado pela natureza do estudo em questão que envolveu uma componente de avaliação de resposta sexual em contexto laboratorial.

Teoricamente, tanto o SIS1 como o SIS2, estão relacionados com a inibição ativa da excitação sexual, embora o SIS1 possa também refletir o nível do "tom inibitório", de um indivíduo que, pelo menos no homem, está normalmente presente, em certa medida para manter a flacidez dos tecidos eréteis. De acordo com este modelo teórico, a excitação sexual, incluindo a resposta genital, depende tanto de uma resposta ativa de "excitação" e redução do tom inibidor, como de uma relativa ausência de resposta inibitória para a situação sexual.

Por último, a propensão para a excitação sexual, SES, não surge no entanto como fator diferenciador entre os homens com e sem disfunção sexual. Isto é, os homens com disfunção sexual, apresentam níveis de excitação sexual que não se distinguem de uma forma significativa dos homens sem disfunção erétil. Uma explicação possível poderá dever-se ao facto de, nalguns contextos, de maior estimulação sexual, os homens com disfunção erétil (de natureza psicogénica), poderem apresentar níveis de excitação muito próximos dos homens sem disfunção sexual.

Tendo em conta o modelo do controlo dual, o SES avalia a predisposição para a resposta sexual do indivíduo para uma variedade de situações, que não envolvam a estimulação táctil direta. Esta excitabilidade é portanto mediada pela transformação psicológica de pensamentos relevantes ou por estímulos não-tácteis externos (Bancroft et al., 2005). Esta capacidade para manter a propensão para a excitação parece ser pois uma característica relativamente intacta em homens com disfunção erétil de natureza psicogénica.

Relativamente às correlações entre a propensão para a inibição e excitação sexual e a resposta genital e subjetiva face a estímulos de natureza sexual em laboratório os resultados mostraram um padrão no qual os mecanismos de inibição (SIS 1 e SIS 2) se mostraram significativamente associados de forma negativa com a resposta genital em ambos os filmes. Para além disso o SIS 1 mostrou ainda estar negativamente associado de forma significativa à resposta sexual subjetiva (sobretudo no filme 1). Por outro lado a propensão para a excitação apenas mostrou uma associação significativa positiva com a resposta sexual subjetiva perante o filme 2. Estes resultados são congruentes com os dados da comparação entre os grupos de homens com e sem disfunção erétil, sugerindo que os mecanismos de inibição (sobretudo o SIS 1) têm um papel relevante na determinação da resposta de ereção, sendo que os mecanismos excitatórios (SES) parecem exercer um papel menos significativo na resposta genital masculina (embora possam estar associados à resposta sexual subjetiva).

Estes resultados, apesar de sugerirem novas orientações, neste campo de investigação, devem no entanto, ser encarados com alguma prudência, uma vez, que a amostra que permitiu esta recolha de dados, é pequena e muito específica, podendo no entanto, estes dados vir a ser mais consolidados com estudos

que possibilitem um maior número de participantes. Um aspeto particular deste estudo, no que diz respeito às características demográficas da amostra recolhida e que entendemos não ser negligenciável, é o facto da diferença de idades e do nível de habilitações literárias, existente entre os participantes com e sem disfunção erétil. Sendo que de uma maneira geral, os participantes sem disfunção erétil, são essencialmente mais novos, comparativamente aos participantes com disfunção erétil. Apesar destas diferenças terem sido controladas estatisticamente, o facto do grupo clínico ser significativamente mais velho, poderá traduzir crenças, expectativas e naturalmente níveis de desempenho das dimensões de excitação/inibição sexual, diferentes entre os dois grupos.

Independentemente destas limitações, este estudo é inovador na medida em que se trata do primeiro a avaliar o papel das dimensões de excitação e inibição sexual na resposta sexual fisiológica e subjetiva avaliada em contexto laboratorial em homens com e sem disfunção erétil. Os resultados do estudo, suportam o papel central da inibição sexual devido às ameaças de um mau desempenho na caracterização dos homens com disfunção erétil, bem como na predição da resposta genital e subjetiva face a estímulos eróticos em contexto laboratorial.

5 - Referências Bibliográficas

- Bancroft J, Janssen E, Carnes L, Goodrich D, Strong D, Long J. (2004) - Sexual activity and risk taking in young heterosexual men: the relevance of sexual arousability, mood, and sensation seeking. *Journal of Sex Research*. May;41(2):181-92.
- Bancroft, J. & Janssen, E. (2000) - The dual control model of male sexual response: a theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 24 571-579
- Bancroft, J., Carnes, L., Janssen, E., Goodrich, D., & Long, J. S. (2005). Erectile and ejaculatory problems in gay and heterosexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 34(3), 285-297.
- Bancroft, J., Herbenick, D., Barnes, T., Hallam-Jones, R., Wylie, K., Janssen, E., & members of BASRT. (2005). The relevance of the dual control model to male sexual dysfunction: The Kinsey Institute/BASRT collaborative project. *Sexual & Relationship Therapy*, 20, 13-30.
- Duits, A., van Oirschot, N., van Oostenbrugge, R. J., & van Lankveld, J. (2009). The relevance of sexual responsiveness to sexual function in male stroke patients. *Journal of Sexual Medicine*, 6(12), 3320-3326.
- Janssen, E., Vorst, H., Finn, P., & Bancroft, J. (2002a). The Sexual Inhibition (SIS) and Sexual Excitation (SES) Scales: I. Measuring sexual inhibition and excitation proneness in men. *Journal of Sex Research*, 39, 114-126.
- Lykins, A. D., Janssen, E., Newhouse, S., Heiman, J. R., & Rafaeli, E. (2012). The effects of similarity in sexual excitation, inhibition, and mood on sexual arousal problems and sexual satisfaction in newlywed couples. *Journal of Sexual Medicine*, 9(5), 1360-1366.
- Quinta Gomes, A & Nobre, P (2014) Prevalence of Sexual Problems in Portugal: Results of a Population-Based Study Using a Stratified Sample of Men Aged 18 to 70 Years, *The Journal of Sex Research*, 51:1, 13-21.
- Varjonen, M., Pekka Santtila, P., Höglunda, M., Patrick Jern, P., Ada Johansson, A., Wagera, I., Witting, K., Ålgarsa, M. & Sandnabba, N.(2007) - Genetic and Environmental Effects on Sexual Excitation and Sexual Inhibition in Men. *Journal of Sex Research*. Volume 44, Issue 4, 359 - 369

Capítulo IV

Estudo 2 – Funcionamento e Resposta Sexual Genital e Subjetiva face a estímulos eróticos em Homens com e sem Disfunção Erétil

1 – Introdução

Apesar dos vários avanços no estudo da resposta sexual humana, é ainda possível verificar que a literatura existente está repleta de ambiguidades sobre o que está a ser sentido e observado (percebido) por alguém que está sexualmente excitado (Janssen, 2011). Esta ambiguidade e divergência de opiniões, coloca aos investigadores, a necessidade de chegar a um consenso sobre o que melhor define este estado (de excitação sexual). Embora no que aos homens diz respeito (por contraponto às mulheres), se encontrem correlações significativas entre resposta genital e excitação subjetiva (Chivers et al., 2010), existe também uma grande variabilidade nos estudos; com alguns a não encontrarem valores significativos (Both et al., 2004; Janssen et al., 2009; van Lankveld and van den Hout, 2004; Oliveira et al., 2014).

Para além dos dados acerca da baixa correlação entre resposta genital e subjetiva, existem ainda diversos estudos que mostram o impacto diferencial das dimensões psicológicas na resposta sexual subjetiva e genital. A título de exemplo, num estudo de van Lankveld e van den Hout (2004), pôde-se constatar que a indução experimental de estímulos distratores (realização de operações de cálculo aritmético) durante o visionamento de clips eróticos, teve como resultado uma diminuição da resposta genital, mas não a diminuição da excitação sexual subjetiva.

Também, Bach, Brown, e Barlow (1999) ao darem falso feedback (informando os sujeitos que as suas ereções eram inferiores às de outros participantes), observaram uma diminuição da resposta genital, mas não uma diminuição da excitação sexual subjetiva, quando após este falso feedback, aos sujeitos eram apresentados estímulos eróticos.

Por outro lado, Both, Laan, e Everaerd (2010), constataram que a exposição repetida a estímulos sexuais, levava a um processo de habituação na excitação subjetiva, em homens. No entanto, a resposta genital, aumentava ao longo das apresentações.

No que aos homens diz respeito, poderia aparentemente tornar-se relativamente fácil, escolher como indicador principal do estado de excitação sexual, a ereção do pénis; mas apesar das já referidas correlações entre resposta genital e excitação subjetiva (Chivers, Seto, Lalumiere, Laan, & Grimbos, 2010), os homens nem sempre referem sentir-se sexualmente excitados, quando têm uma ereção; da mesma forma, nem sempre têm uma ereção quando se sentem sexualmente excitados. Um exemplo paradigmático disso são as ereções noturnas. Gordon e Carey (1995), demonstraram que ocorrem ereções durante o sono (fase REM). No entanto, estas ereções não podem ser associadas a sonhos

eróticos, ou a vivências de excitação sexual (Karacan, 1982). Da mesma forma, os homens podem ter ereções mesmo em situações completamente estranhas a contextos sexuais, como por exemplo, em acidentes (Janssen, McBride, Yarber, Hill, & Butler, 2008). A reforçar estas observações, estão estudos de natureza psicofisiológica que demonstraram que os homens podem ter ereções, por exemplo, durante o visionamento de filmes de violação, simultaneamente sem apresentarem excitação sexual subjetiva (Janssen, Vorst, Finn, & Bancroft, 2002).

Da mesma forma, o inverso também pode ocorrer, nas situações em que os homens referem sentir-se sexualmente excitados, sem no entanto terem ereções (resposta sexual/genital), quando visitam um bar de strip (Janssen, McBride, Yarber, Hill, Butler & S., 2008). Estudos laboratoriais comprovaram estas observações, ao revelarem que os homens podem sentir-se sexualmente excitados, mas sem a ocorrência de uma resposta genital. Numa amostra da comunidade, Janssen, Goodrich, Petrocelli e Bancroft (2009), constataram mesmo, que apesar de haver diferenças ao nível da resposta genital, a diferença ao nível da excitação subjetiva entre os participantes não era significativa.

Numa tentativa de resolver a discussão sobre os fatores a ter em conta, para uma definição objetiva da excitação sexual, Agmo sugere, que no que aos homens diz respeito, devam ser descontados os aspetos subjetivos, e equacionada apenas a ereção peniana (Agmo, 2008). Também Sachs (2000, 2007) propõe que a resposta peniana num contexto sexual, possa ser considerada um bom indicador da excitação sexual masculina.

No entanto, esta posição tem sido criticada pelo facto desta noção se basear na assumption não confirmada empiricamente, de que a excitação sexual está alicerçada na genitália, e que por isso, o termo “excitação subjetiva” resumir-se-ia ao fluxo sanguíneo peniano (Janssen, 2011).

Nesse sentido, diversos autores (Rosen & Beck, 1988, cf. Janssen & Everaerd, 1993), propõem que uma definição de excitação sexual, não pode excluir, a importância da rotulação cognitiva e da experiência subjetiva. Torna-se assim compreensível que qualquer tentativa de definição de excitação sexual, que atribua uma maior relevância a um indicador, em detrimento de outro, poderá ser considerada como uma limitação à evolução do conhecimento científico sobre a resposta sexual humana (Janssen, 2011).

Assim, e sendo consistente com os contributos da teoria das emoções (Lang, 1984), e da neurociência dos afetos (LeDoux, 1996; Panksepp, 1998), a excitação sexual pode ser descrita como um estado emocional/motivacional, que pode ser ativado por estímulos internos e externos e que podem ser avaliados através de respostas centrais (incluindo verbais), periféricas (incluindo genitais) e comportamentais.

Uma temática onde a questão da dicotomia genital/subjetivo ganha especial relevância é a da disfunção erétil psicogénica. Um estudo realizado em laboratório, revelou uma tendência apresentada pelos sujeitos com disfunção erétil (sobretudo psicogénica), para subestimar os seus níveis de ereção comparativamente a sujeitos sem problemas sexuais (Abrahamson, Barlow, Sakheim, Beck & Athanasiou, 1985). Noutro estudo, constatou-se que os homens sem disfunção erétil, apresentam correlações mais elevadas entre os níveis de resposta sexual subjetiva (percebida pelo sujeito) e a resposta genital (medida laboratorialmente pelas alterações do diâmetro do pénis) (Beck & Barlow, 1986). Por outro lado, alguns autores relacionam ainda esta tendência para sub-estimar os níveis de ereção sexual, com diferenças de perceção no controlo da ereção, apresentadas pelos sujeitos destes dois grupos (elevada nos homens sem disfunção e baixa nos homens com disfunção erétil) (Beck, Barlow & Sakheim, 1982).

Apesar de existirem já vários estudos realizados em contexto de laboratório, com apresentação de estimulação visual, para avaliação da resposta sexual genital e subjetiva, são efetivamente poucos os que comparam homens sem disfunção sexual, com uma amostra clínica.

Assim, o presente estudo tem como objetivo, comparar a resposta sexual, quer em termos fisiológicos (resposta genital), avaliada através da alteração da circunferência peniana (com recurso ao *indium gallium gauge*), quer em termos subjetivos (o nível de excitação sexual percebido/avaliado pelos participantes), tendo por base as suas respostas após o visionamento de dois filmes de conteúdo sexual explícito.

Em termos de hipóteses, esperamos encontrar uma diferença significativa na resposta sexual genital (avaliada pelas alterações da circunferência peniana) e na resposta sexual subjetiva (avaliada pelos questionários de auto-resposta) entre os grupos clínico e de controlo (no sentido de menor resposta sexual subjetiva e genital nos homens com disfunção erétil). Esperamos ainda que essas diferenças sejam mais marcadas no caso da resposta subjetiva comparativamente à resposta genital tendo em conta os estudos que sugerem uma tendência dos homens com disfunção erétil psicogénica para subestimar os seus níveis de ereção. Por fim, esperamos ainda encontrar correlações baixas a moderadas entre a resposta sexual genital e subjetiva em ambos os filmes, corroborando estudos anteriores que sugerem a existência de uma relativa discordância entre as dimensões subjetiva e genital da resposta sexual (Oliveira et al, 2014).

2 - Metodologia

2.1 – Participantes

Este estudo contou com a participação de 38 homens, 22 com diagnóstico de disfunção erétil psicogénica e 16 homens sem diagnóstico de disfunção erétil. Em termos de descrição da amostra,

constatou-se que os participantes sem disfunção erétil (grupo de controlo), era maioritariamente constituído por homens solteiros com um intervalo de idades entre os 19 e os 43 anos de idade, tendo a sua média de idades um valor de 31.3 anos. Os participantes sem disfunção erétil, apresentaram um intervalo de idades entre os 19 e os 28 anos, tendo a sua média de idades um valor de 22 anos.

Quanto ao estado civil, é possível constatar que os participantes do grupo de controlo são todos solteiros, enquanto os participantes do grupo clínico, apresentam a seguinte distribuição: 65% são solteiros; 13% são casados; 18% são divorciados e 4% são viúvos.

Ao nível das habilitações literárias, os participantes do grupo de controlo têm na sua maior parte (65%), frequência do ensino superior; 5% têm frequência do ensino médio, e 32% têm frequência de nível secundário.

Os participantes do grupo clínico, apresentam uma distribuição mais heterogénea, sendo que 5% têm frequência do nível básico, 4% têm frequência do terceiro ciclo do ensino, 35% têm frequência do ensino secundário, 4% têm frequência do ensino médio, e 52% têm frequência universitária.

2.2 - Procedimentos

Embora de uma forma mais detalhada, já tenham sido descritos no capítulo sobre a metodologia e os procedimentos, os procedimentos inerentes à realização deste estudo, apresenta-se sucintamente uma descrição desses procedimentos.

Os participantes foram recrutados, a partir da publicitação do estudo nos media e na internet. Para poderem participar na investigação, os participantes tinham de cumprir alguns critérios de admissão, de modo a serem respeitados os objetivos gerais pretendidos neste estudo: ser heterossexual e não ter nenhuma patologia mental e orgânica.

Depois de se mostrarem interessados em participar no estudo, era conduzida uma entrevista telefónica de triagem, para verificação dos critérios de inclusão no estudo. Estando estes critérios confirmados, era então agendada uma data para comparecer no laboratório e participar no estudo. Uma vez no laboratório, era apresentado um documento de consentimento informado, com as especificações do estudo e informando que o participante podia abandonar o estudo em qualquer momento, sem qualquer penalização. Após a ratificação da sua concordância, era pedido ao sujeito que preenchesse uma bateria de questionários destinados a avaliar uma diversidade de variáveis constantes do estudo. Após este preenchimento, o participante era então encaminhado para um compartimento privado, onde lhe eram dadas as instruções para a colocação do *indium gallium*, de modo a que pudesse ser registada a sua resposta genital, durante o visionamento dos filmes sexuais que lhe eram apresentados. Após o visionamento de cada filme, era-lhe pedido para classificar a sua resposta de excitação sexual percebida (respostas subjetiva) e uma lista de pensamentos e emoções que tivesse vivenciado durante esse visionamento.

2.3 - Instrumentos

Neste estudo foram utilizados como instrumentos de avaliação:

a) A Entrevista de Avaliação das Disfunções Sexuais (SDI)

A Entrevista de Avaliação de Disfunções Sexuais (Sbrocco, Weisberg, & Barlow, 1992) é uma entrevista clínica estruturada destinada à avaliação e diagnóstico de disfunções sexuais masculinas e femininas, tendo por base os critérios de diagnóstico definidos pelo DSM-IV-TR (APA, 2000). Para além de avaliar especificamente cada uma das dimensões de disfunção sexual identificadas pelo referido manual de diagnóstico, a SDI permite ainda a recolha de informação relativamente a outros aspetos da esfera sexual, como a orientação sexual, frequência de comportamento sexual, história do comportamento sexual ou história de experiências sexuais indesejadas. No presente trabalho, foi utilizada a versão masculina desta entrevista para a avaliação e diagnóstico de disfunção sexual apenas em homens que integraram os grupos clínicos (versão Portuguesa traduzida e adaptada por Nobre, Carvalheira, & Fonseca, 2003).

b) O IIEF (Rosen, Riley, Wagner, Osterloh, Kirkpatrick & Mishra, 1997) é um questionário curto constituído por 15 itens, de auto-resposta, e de fácil administração. O IIEF permite avaliar diferentes áreas do funcionamento sexual masculino: função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação sexual e satisfação geral. O IIEF permite o cálculo de índices específicos para cada dimensão avaliada, bem como de um índice total de funcionamento sexual, em que os valores mais elevados significam melhores níveis de funcionamento sexual (o domínio do desejo sexual compreende valores de 2 a 10, o domínio da função erétil de 1 a 30, o da função orgásmica de 0 a 10, o domínio da satisfação sexual de 0 a 15, o domínio da satisfação geral de 2 a 10 e total desde 5 a 75).

c) *O Indium Gallium* - A excitação sexual fisiológica foi medida com o indium gallium (Richards, Bridger, Wood, Kalucy & Marshall, 1985 e Janssen, Vissenberg, Visser, & Everaerd W., 1997). Este instrumento consiste num anel elástico de borracha, preenchido com *indium gallium*, que é colocado na base do pénis do participante, após ter sido previamente calibrado. As alterações provocadas na resistência do instrumento, causadas pela sua expansão, durante a ereção do pénis, eram registadas no Biopac MP 100 System, com software Acqknowledge (Biopac Systems, Inc., Goleta, CA, USA). A resposta genital era definida em termos da diferença obtida entre os valores de excitação e o valor de linha de base (resposta genital durante um filme neutro, apresentado imediatamente antes dos filmes sexuais). No intervalo entre os clips, os participantes respondiam a questões. Estes intervalos permitiam também o regresso a uma linha de base. A resposta genital média (tendo por base os dados recolhidos durante o visionamento dos dois clips), foi a resposta utilizada nas análises desta investigação.

d) O Questionário de Excitação Subjetiva. O Questionário de Excitação Subjetiva é um questionário de auto-resposta preenchido pelos participantes, após o visionamento de cada um dos clips eróticos. Aos participantes era-lhes pedido para responder à questão “Que nível de excitação sexual sentiu durante o filme que acabou de ver?”, utilizando uma escala tipo Likert (de 1 - “nada excitado” a 9 – “extremamente excitado”) (Oliveira, Laja, Carvalho, Quinta Gomes, Vilarinho, Janssen & Nobre, 2014).

e) Os Filmes Sexuais. Foram utilizados dois filmes com cenas de sexo explícito com 3 minutos de duração. Os filmes foram selecionados a partir de filmes de adultos existentes no mercado, que foram utilizados numa investigação anterior (Janssen, Carpenter, e Graham, 2003). Ambos os filmes proporcionavam elevados níveis de excitação subjetiva, como demonstrado num estudo anterior (Oliveira, Laja, Carvalho, Quinta Gomes, Vilarinho, Janssen & Nobre, 2014), realizado com uma amostra de homens portugueses. O filme neutro consistia num documentário científico, que servia fundamentalmente para registar a linha de base. Os filmes eram apresentados com o *software SuperLab 4.5* (Cedrus Corporation, San Pedro, CA, USA).

3 – Resultados

3.1 - Funcionamento Sexual

Antes de procedermos às análises das diferenças entre os grupos ao nível da resposta sexual genital e subjetiva, procurámos validar o diagnóstico clínico através da utilização de um questionário amplamente usado para avaliar o funcionamento sexual (IIEF). De forma a estudar as diferenças entre os dois grupos relativamente ao funcionamento sexual, realizámos uma análise multivariada da covariância (MANCOVA) tendo como variável independente o grupo (grupo clínico vs. grupo controlo) e como variáveis dependentes as pontuações nas cinco dimensões de funcionamento sexual avaliadas pelo IIEF. Uma vez que os grupos diferiram significativamente entre si relativamente à idade, esta foi incluída como covariável, de forma a controlar o seu efeito sobre o funcionamento sexual. Uma vez controlado o efeito da idade, o teste multivariado para o grupo mostrou ser estatisticamente significativo [Lambda de *Wilks* = .442, $F(5, 31) = 7.65, p < .001, \eta_p^2 = .63$].

Conforme constatado na Tabela 3, as análises univariadas indicaram a existência de diferenças entre os grupos nas dimensões do funcionamento erétil [$F(1, 35) = 14.82, p < .001, \eta_p^2 = .29$], desejo [$F(1, 35) = 15.75, p < .001, \eta_p^2 = .32$], orgasmo [$F(1, 35) = 9.26, p < .025, \eta_p^2 = .16$] satisfação sexual [$F(1, 35) = 4.516, p < .05, \eta_p^2 = .11$] e satisfação geral [$F(1, 35) = 24.13, p < .001, \eta_p^2 = .41$]. Os homens do grupo clínico apresentaram valores significativamente inferiores em todas estas dimensões: funcionamento erétil (grupo clínico: $M = 15.45, DP = 7.33$; grupo controlo: $M = 26.50, DP = 6.27$), desejo (grupo clínico: $M = 6.590, DP = .1.943$; grupo controlo: $M = 8.812, DP = 0.91$); orgasmo (grupo

clínico: M= 6.54, DP = 3.18; grupo de controlo: M=8.37, DP=2.70), satisfação geral (grupo clínico: M= 5.27, DP= 2.14; grupo de controlo: M= 9.18 DP=.91) e satisfação sexual (grupo clínico: M= 6.90, DP =4.139; grupo de controlo: M= 11.37 DP= 3.50).

Tabela 3

Diferenças dos Grupos no Índice Internacional de Função Erétil (N=37)						
Análises Univariadas da Variância						
	Grupo	Média	DP	F (1,35)	P	ηp ²
Desejo	Controlo	8.8125	0.91059	15.75***	.001	.32
	Disfunção	6.5909	1.94347			
	Total	7.5263	1.92756			
Ereção	Controlo	26.5	6.27163	14.82***	.001	.29
	Disfunção	15.4545	7.33373			
	Total	20.1053	8.77586			
Orgasmo	Controlo	8.375	2.70493	9.26*	.025	.16
	Disfunção	6.5455	3.18818			
	Total	7.3158	3.09407			
Satisfação Sexual	Controlo	11.375	3.5	4.516*	.05	.11
	Disfunção	6.9091	4.13935			
	Total	8.7895	4.43669			
Satisfação Geral	Controlo	9.1875	0.91059	24.13***	.001	.41
	Disfunção	5.2727	2.14214			
	Total	6.9211	2.60334			

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

3.2 - Resposta Sexual Genital

De forma a estudar as diferenças entre os dois grupos relativamente à resposta sexual fisiológica, realizámos uma análise multivariada da covariância (MANCOVA) tendo como variável independente o grupo (grupo clínico vs. grupo controlo) e como variável dependente o nível de resposta sexual genital (modificação na circunferência peniana), medido pelo *indium gallium* durante o visionamento de cada um dos filmes apresentados. Uma vez que os grupos diferiram significativamente entre si relativamente à idade, esta foi incluída como covariável, de forma a controlar o seu efeito sobre a resposta sexual. Uma vez controlado o efeito da idade, o teste multivariado para os grupos mostrou ser estatisticamente significativo [Lambda de Wilks = .722, F (2, 28) = 5.38, p = .01, ηp² = .27].

Conforme constatado na Tabela 4, as análises univariadas indicaram a existência de diferenças entre os grupos, ao nível da excitação sexual fisiológica quer para o filme 1 [F (1, 29) = 10.33, p = .003, ηp² = .26], quer para o filme 2 [F (1, 29) = 9.07, p = .005, ηp² = .23].

Os homens do grupo clínico apresentaram valores médios de modificação da circunferência peniana significativamente inferiores nos dois filmes. Filme 1 (grupo clínico: $M = 5.91$, $DP = 2.70$; grupo controle: $M = 19.87$, $DP = 2.93$.); e filme 2 (grupo clínico: $M = 8.25$, $DP = 3.14$; grupo controle: $M = 23.69$, $DP = 3.44$).

Tabela 4

Diferenças entre os Grupos Clínico e Controle ao Nível da Excitação Sexual Fisiológica
Análises Univariadas da Variância (N=31)

Filmes	Grupo Clínico		Grupo Controle		F(1,29)	p	η_p^2
	M	DP	M	DP			
Filme 1	5.91	2.70	19.87	2.93	10.33**	.003	.26
Filme 2	8.25	3.14	23.69	3.44	9.07**	.005	.23

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.3 - Resposta Sexual Subjetiva

De forma a estudar as diferenças entre os dois grupos relativamente à resposta sexual subjetiva, realizámos uma análise multivariada da covariância (MANCOVA) tendo como variável independente o grupo (grupo clínico vs. grupo controle) e como variável dependente o nível de excitação sexual subjetiva, avaliado pelas respostas dadas pelos participantes aos questionários preenchidos após o visionamento de cada um dos filmes apresentados. Uma vez que os grupos diferiram significativamente entre si relativamente à idade, esta foi incluída como covariável de forma a controlar o seu efeito sobre a excitação sexual. Uma vez controlado o efeito da idade, o teste multivariado para os grupos mostrou ser estatisticamente significativo [Λ de Wilks = .782, $F(2, 39) = 5.42$, $p = .008$, $\eta_p^2 = .22$].

Conforme constatado na Tabela 5, as análises univariadas indicaram a existência de diferenças entre os grupos, ao nível da resposta sexual subjetiva para os dois filmes: filme 1 [$F(1, 40) = 9.51$, $p = .004$, $\eta_p^2 = .19$], filme 2 [$F(1, 40) = 6.96$, $p = .012$, $\eta_p^2 = .15$].

Os homens do grupo clínico apresentaram valores significativamente inferiores nos dois filmes. Filme 1 (grupo clínico: $M = 3.69$, $DP = 2.24$; grupo controle: $M = 5.68$, $DP = 1.85$.); e filme 2 (grupo clínico: $M = 4.86$, $DP = 2.83$; grupo controle: $M = 6.73$, $DP = 1.32$).

Tabela 5

Diferenças entre os Grupos ao Nível da Reposta Sexual Subjetiva *Análises Univariadas da Variância* (N=42)

Filmes	Grupo Clínico		Grupo Controlo		F (1,40)	p	η_p^2
	M	DP	M	DP			
Filme 1	3.69	2.24	5.68	1.85	9.51**	.004	.19
Filme 2	4.86	2.83	6.73	1.32	6.96**	.012	.15

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

3.4 - Correlação entre Resposta Sexual Genital e Subjetiva

No que diz respeito à relação mais específica entre a excitação subjetiva e a resposta genital, analisou-se a correlação entre estas duas variáveis em estudo para cada um dos dois filmes. Pelos valores apresentados na Tabela 6, é possível constatar que a correlação entre resposta genital e excitação subjetiva (no que diz respeito ao filme 1) é baixa e não significativa (.316), e que no filme 2 já é significativa ainda que apenas moderada (.423**).

Tabela 6

Correlações entre a Excitação Subjetiva e a Resposta Genital (N=37)

	RespGenital1	RespGenital2
ExcSubj1	.316	
ExcSubj2		.423**

*p < .05, **p < .01

Nota:

RespGenital1 – Resposta Genital no Filme 1

RespGenital2 – Resposta Genital no Filme 2

ExcSubj1 – Excitação Subjetiva no Filme 1

ExcSubj2 – Excitação Subjetiva no Filme 2

4 – Discussão

O objetivo deste estudo foi o de avaliar comparativamente, a resposta sexual fisiológica e a resposta sexual subjetiva, entre homens com e sem disfunção erétil. Estudos anteriores realizados, sugeriram uma maior propensão dos homens com disfunção erétil, para apresentarem níveis baixos de excitação subjetiva (Abrahamson, Barlow, Sakheim, Beck & Athanasiou, 1985). Os resultados do presente estudo, revelaram que os homens com disfunção erétil se distinguiram dos homens sem disfunção, ao nível do funcionamento sexual, da resposta sexual genital e da resposta sexual subjetiva.

Ao nível do funcionamento sexual, os resultados encontrados nesta investigação, indicaram a existência de diferenças entre os grupos, nas dimensões do funcionamento erétil, desejo, orgasmo, satisfação sexual e satisfação geral. Sendo que os homens do grupo clínico apresentaram valores significativamente inferiores em todas estas dimensões, de acordo com as hipóteses e confirmando o diagnóstico clínico subjacente. De facto, os estudos indicam que os homens com disfunção erétil não só apresentam défices marcados na função erétil, como tendem a apresentar menores níveis de desejo, função orgásmica e satisfação sexual. Um estudo de Quinta Gomes e Nobre (2011), para validação do IIEF para a população portuguesa, que comparou os resultados de homens com disfunção erétil a homens sem essa disfunção, demonstrou que efetivamente os homens com disfunção erétil se diferenciam dos homens sem disfunção, ao nível da Função Erétil, Orgasmo, Desejo, Satisfação Sexual e Satisfação Geral.

Na mesma linha, o estudo de Dinsmore et al. (1999) comparou as diferentes dimensões da resposta sexual, tendo por base as os critérios estabelecidos no IIEF e constatou que os homens com disfunção erétil, se diferenciam dos homens sem disfunção erétil, em todas as dimensões da resposta sexual (função erétil, orgasmo, satisfação sexual e satisfação geral), por apresentarem níveis de funcionamento mais baixos.

Para além dos estudos que utilizaram especificamente o IIEF o estudo de Corona, Mannucci, Petrone, Giommi, Mansani, Fei, Forti e Maggi (2004), que analisou a incidência da falta de desejo em homens com disfunção sexual, constatou que a percentagem de homens com disfunção erétil, que apresentavam concomitantemente, baixo desejo sexual, tendo por base fatores de ordem relacional, se situava nos 40%.

No que à resposta sexual genital diz respeito, os resultados encontrados indicaram a existência de diferenças entre os grupos, ao nível da excitação sexual fisiológica, quer para o filme 1, quer para o filme 2, sendo que os homens do grupo clínico apresentaram valores médios de modificação da circunferência peniana significativamente inferiores nos dois filmes. O mesmo padrão foi observado relativamente à resposta sexual subjetiva, tendo os homens do grupo clínico apresentado valores significativamente inferiores nos dois filmes, de acordo com as hipóteses.

Por último, os resultados mostraram ainda que as correlações entre a resposta sexual subjetiva e genital foi baixa a moderada, tendo apenas atingido a significância estatística no filme 2. Estes resultados corroboram estudos prévios que sugerem uma relativa discordância entre as dimensões subjetiva e genital da resposta sexual. Este fenómeno de discordância tem sido sobretudo encontrado em amostras femininas (Chivers et al., 2010), mas vários estudos com amostras masculinas indicam que esta característica embora em menor grau é também comum aos homens (Both et al., 2004; Janssen et al., 2009; van Lankveld and van den Hout, 2004; Oliveira et al., 2014).

No que diz respeito às limitações deste estudo, a primeira limitação a ser considerada, prende-se com as características sociodemográficas da amostra, nomeadamente no que diz respeito à idade. De uma maneira geral, os participantes sem disfunção erétil, são significativamente mais novos que os homens com disfunção sexual. Apesar de ter sido controlado o efeito desta variável nas análises estatísticas efetuadas, a utilização emparelhada de sujeitos nas amostras, seria uma alternativa de maior rigor, sob o ponto de vista metodológico.

Uma outra limitação a ser considerada neste estudo, prende-se com a utilização das medidas de autorresposta, para a avaliação da excitação subjetiva. Pelo facto de se tratarem de parâmetros subjetivos e idiossincráticos do funcionamento sexual dos participantes, esta avaliação surgirá naturalmente, mais vulnerável a enviesamentos. Poderemos portanto admitir que nem todas as respostas neste domínio, possam traduzir a realidade do respondente.

Apesar das limitações já referidas, este estudo tem no entanto a relevância de ser um dos poucos, realizados até a data que compara em contexto laboratorial, uma amostra clínica e uma amostra da comunidade em termos de resposta sexual fisiológica e subjetiva.

O presente estudo demonstra que os homens com disfunção erétil, para além das dificuldades de ereção, apresentam também dificuldades noutras dimensões da resposta sexual (desejo, orgasmo, satisfação sexual).

Como contributo para a intervenção clínica, o presente estudo enfatiza que deve ser dada relevância não só aos aspetos biológicos da função erétil, mas revelando especificamente que em termos de intervenção clínica, a excitação sexual, não está apenas dependente da dimensão fisiológica, sendo importante dar atenção aos aspetos subjetivos da função erétil.

5 - Referências Bibliográficas

- Abrahamson, D, Barlow, D., Sakheim, D., Beck, J. & Athanasiou, R. (1985) – Effect of distraction on sexual responding in functional and dysfunctional men. *Behavior Therapy*, 16, 503-515
- Agmo, A., 2008. On the concept of sexual arousal: a simpler alternative. *Hormones and Behavior* 53, 312–314.
- Bach, A.K., Brown, T.A., Barlow, D.H., 1999. The effects of false negative feedback on efficacy expectancies and sexual arousal in sexually functional males. *Behavior Therapy* 30, 79–95.
- Baker, C., & De Silva, P. (1988). The relationship between male sexual dysfunction and belief in Zilbergeld's myths: An empirical investigation. *Sexual and Marital Therapy*, 3, 229-238.
- Beach, F., 1942. Central nervous mechanisms involved in the reproductive behavior of vertebrates. *Psychological Bulletin* 39, 200–226.
- Beck, J, Barlow, D. & Sakheim, D. (1982) – Sexual arousal and suppression patterns im functional and dysfunctional men. *Paper present at the annual convention of the American Psychological Association*, Washington DC.
- Beck, J. & Barlow, D. (1986) – The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding: I Cognitive and affective patterns in erectile dysfunction. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 19-26.
- Both, S., Laan, E., Everaerd, W., 2010. Focusing “hot” or focusing “cool”: Attentional mechanisms in sexual arousal in men and women. *Journal of Sexual Medicine* 8, 167–179.
- Both, S., Spiering, M., Everaerd, W., Laan, E., (2004) - Sexual behavior and responsiveness to sexual stimuli following laboratory-induced sexual arousal. *Journal of Sex Research* 41, 242 258.
- Byrne, D., & Schulte, L. (1990) - Personality dispositions as mediators of sexual responses. In J. Bancroft (Ed.), *Annual Review of Sex Research* (pp. 93-117). Philadelphia: Society for the Scientific Study of Sex.
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2010). Predictors of men’s sexual desire: The role of psychological, cognitive-emotional, relational, and medical fators. *The Journal of Sex Research*, 47, 1-9.
- Chivers, M.L., Seto, M.C., Lalumiere, M.L., Laan, E., Grimbos, T., (2010) - Agreement of selfreported and genital measures of sexual arousal in men and women: a meta analysis. *Archives of Sexual Behavior* 39, 5–56.
- Corona G, Mannucci E, Petrone L, Giommi R, Mansani R, Fei L, Forti G, Maggi M.(2004) –

Psychobiological correlates of hypoactive sexual desire in patients with erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*;16(3):275-81.

Dinsmore W et al. (1999) - Sildenafil citrate (Viagra) in erectile dysfunction: near normalization in men with broad spectrum erectile dysfunction compared with age-matched healthy control subjects. *Urology* 1999; 53: 800–805.

Fisher, W. A., & Byrne, D. (1978a). Individual differences in affective, evaluative, and behavioral responses to an erotic film. *Journal of Applied Social Psychology*, 8, 355-365.

Fisher, W. A., & Byrne, D. (1978b) - Sex differences in response to erotica? Love versus lust. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 117-125.

Fisher, A., Byrne, D., White, L., & Kelley, K. (1988) - Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *The Journal of Sex Research*, 25, 123-151.

Fugl-Meyer, A., Althof, S., Buvat, J., Paget, M., Sotomayor, M., & Stothard, D. (2009) - Aspects of sexual satisfaction in men with erectile dysfunction: a factor analytic and logistic regression approach. *The Journal Of Sexual Medicine*, 6(1), 232-242

Gordon, C.M., Carey, M.P. (1995) - Penile tumescence monitoring during morning naps to assess male erectile functioning: an initial study of healthy men of varied ages. *Archives of Sexual Behavior* 24, 291–307.

Heiman, J., & Rowland, D. (1983) - Affective and physiological sexual response patterns: The effects of instructions on sexual functional and dysfunctional men. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 105-116.

Ingram, R. E. (1990) - Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107, 156-176

Janssen E, Carpenter D, Graham C. Selecting films for sex research: Gender differences in erotic films preference. *Arch Sex Behav* 2003;32:243–51.

Janssen, E., Vorst, H., Finn, P., Bancroft, J. (2002) - The Sexual Inhibition (SIS) and Sexual Excitation (SES) Scales: II. Predicting psychophysiological response patterns. *Journal of Sex Research* 39, 127–132.

Janssen, E.(2011) - Sexual Arousal in men: A review and conceptual analysis. *Hormones and behavior* 59 (5), 708-716. 2011.

Janssen, E., Everaerd, W., 1993. Determinants of male sexual arousal. *Annual Review of Sex Research* 4, 211–245.

Janssen, E., Goodrich, D., Petrocelli, J., Bancroft, J., 2009. Psychophysiological response patterns and risky sexual behavior in heterosexual and homosexual men. *Archives of Sexual Behavior* 38, 538–550.

- Janssen, E., McBride, K., Yarber, W., Hill, B.J., Butler, S., (2008) - Factors that influence sexual arousal in men: a focus group study. *Archives of Sexual Behavior* 37, 252–265.
- Jones, J. C., Carpenter, K., Bruce, T. J., & Barlow, D. H. (1987) - Sexual attitudes and affective responding in sexually functional and dysfunctional men. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA.
- Karacan, I., (1982) - Nocturnal penile tumescence as a biologic marker in assessing erectile dysfunction. *Psychosomatics* 23, 349–360.
- Koukounas, E., & McCabe, M. P. (2001) - Sexual and emotional variables influencing sexual response to erotica: A psychophysiological investigation. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 393-408
- LeDoux, J.E., (1996) - The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life. NY Simon & Schuster, New York.
- Oliveira, C., Laja, P., Carvalho, J., Quinta-Gomes, A., Vilarinho, S., Janssen, E., & Nobre, P. (2014). Predictors of Men's Sexual Response to Erotic Film Stimuli: The Role of Affect and Self-Reported Thoughts. *The Journal of Sexual Medicine* 11(11), 2701–2708. doi: 10.1111/jsm.12650
- Panksepp, J., (1998) - The varieties of love and lust: neural control of sexuality. In: Panksepp, J. (Ed.), *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press, New York, pp. 225–260.
- Pastuszak, A., Badhiwala, N., Lipshultz, L. e Khera, M. (2013) - Depression is correlated with the psychological and physical aspects of sexual dysfunction in men. *International Journal of Impotence Research* 25, 194-199.
- Mourikis, I., Antoniou, M., Matsouka, E., Voursoura, E., Tzavara, C., Ekizoglou, C., ... Zervas, I. M. (2015) - Anxiety and depression among Greek men with primary erectile dysfunction and premature ejaculation. *Annals of General Psychiatry*, 14, 34.
- Nobre, P., Wiegel, M., Bach, A., Weisberg, R., Brown, T., Wincze, J., & Barlow, D. (2004) Determinants of sexual arousal and the accuracy of its self-estimation in sexually functional males, *The Journal of Sex Research*, 41:4, 363-371
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2000). Erectile dysfunction: An empirical approach based on Beck's cognitive theory. *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 351-366.
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F. A. (2003). Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: A measure to assess sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction. *Sexual and Relationship Therapy*, 18, 171-204.
- Quinta Gomes, A. L. & Nobre, P. J. (2011). Personality traits and psychopathology on male sexual dysfunction: An empirical study. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 461-469.
- Quinta Gomes, A & Nobre, P.(2011) - The International Index of Erectile Function (IIEF-15):

psychometric properties of the Portuguese version. *Journal of Sex Medicine*. 2012 Jan;9(1):180-7

- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49, 822-830
- Rosen, R.C., Beck, J.G., 1988. Patterns of Sexual Arousal. The Guilford Press, New York.
- Rowland, D. L., Cooper, S. E., & Heiman, J. R. (1995). A preliminary investigation of affective and cognitive response in men before and after treatment in a sex therapy program. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 21, 3-20.
- Rowland, D. L., Cooper, S. E., & Slob, A. K. (1996). Genital and psychoaffective response to erotic stimulation in sexually functional and dysfunctional men. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 194-203.
- Sachs, B.D., 2000. Contextual approaches to the physiology and classification of erectile function, erectile dysfunction, and sexual arousal. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 24, 541–560.
- Sachs, B.D., 2007. A contextual definition of male sexual arousal. *Hormones and Behavior* 51, 569–578.
- Sarin S, Amsel R, and Binik YM. (2014) - How hot is he? A psychophysiological and psychosocial examination of the arousal patterns of sexually functional and dysfunctional men. *Journal of Sex Medicine* 2014;11:1725–1740.
- van Lankveld, J., van den Hout, M.A., 2004. Increasing neutral distraction inhibits genital but not subjective sexual arousal of sexually functional and dysfunctional men. *Archives of Sexual Behavior* 33, 549–558.

Capítulo V

Estudo 3 - Pensamentos e Resposta Afetiva face a Estímulos Sexuais em Homens com e sem Disfunção Erétil

1 - Introdução

1.1. – Pensamentos

A investigação sobre as cognições sexuais, tem sugerido que os pensamentos positivos contribuem para a excitação sexual e estão positivamente correlacionados com o afeto positivo e negativamente correlacionados com o afeto negativo (Little & Byers, 2000; Renaud & Byers, 1999; 2001). Por outro lado, as cognições sexuais negativas aparecem associadas ao aumento dos níveis de dificuldades sexuais (Nelson & Purdon, 2011; Purdon & Holdaway, 2006; Purdon & Watson, 2011).

Nobre & Pinto-Gouveia (2003), desenvolveram um questionário que permite medir a frequência e conteúdo dos pensamentos automáticos, durante a atividade sexual (o Questionário dos Modos Sexuais – SMQ). Estudos que utilizaram o SMQ, mostraram que homens e mulheres com disfunção sexual, apresentavam significativamente mais pensamentos negativos, durante a atividade sexual, comparativamente a indivíduos sexualmente saudáveis (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008a). Homens com disfunção sexual, apresentavam significativamente níveis mais altos de pensamentos sobre a ereção (e.g., Eu tenho de ser capaz de ter relações sexuais, eu tenho de ter uma ereção), pensamentos de antecipação do fracasso (e.g., estou condenado a fracassar) e escassez de pensamentos eróticos, comparativamente a homens sexualmente saudáveis (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008a).

Outros estudos avaliaram o papel dos pensamentos automáticos em contexto sexual, juntamente com outras variáveis psicológicas e bio-médicas na predição do desejo sexual e função erétil em amostras masculinas. Carvalho e Nobre (2011) avaliaram preditores de desejo sexual numa amostra de 237 homens da comunidade, incluindo problemas médicos, psicopatologia, ajustamento diádico e fatores cognitivo emocionais. Os resultados demonstraram que os fatores cognitivos (crenças sexuais e os pensamentos automáticos durante a atividade sexual), foram os melhores preditores do desejo sexual. Especialmente as crenças relacionadas com atitudes restritivas face à sexualidade, os pensamentos focados na ereção e a escassez de pensamentos eróticos em contexto sexual, tiveram um efeito direto na diminuição do desejo sexual. Este conjunto de fatores cognitivo emocional também mediou a relação entre os problemas médicos e a idade e o desejo sexual.

Também Nobre (2010), num estudo sobre preditores da função erétil realizado numa amostra de 352 homens mostrou que os pensamentos automáticos focados na preocupação com a ereção e a escassez de pensamentos eróticos se constituíam como os melhores preditores de baixos níveis de ereção. Para além destes estudos, também Purdon e colaboradores se têm dedicado a investigar o papel dos pensamentos no funcionamento e satisfação sexual em homens e mulheres (Nelson e Purdon, 2011).

Purdon e Holdaway (2006) constataram que os homens são mais propensos a apresentar pensamentos relacionados com a qualidade da sua performance, comparativamente às mulheres, que apresentam mais pensamentos relacionados com a imagem corporal e com as consequências da relação sexual. Independentemente do conteúdo dos pensamentos, uma maior frequência de pensamentos não-eróticos estava associada a maiores problemas sexuais, tanto em homens como em mulheres (Purdon & Watson, 2011).

Purdon & Watson (2011) revelaram também que uma maior frequência e uma maior ansiedade, provocada por pensamentos não-eróticos, estavam associadas a um funcionamento sexual mais pobre. O desempenho sexual mais pobre está associado a mais interpretações negativas de cenários sexuais ambíguos, mas é mediado pela satisfação na relação. Por outro lado as interpretações positivas mostraram-se preditores significativos do funcionamento sexual.

Por último, Little e Byers (2000) constataram que os pensamentos positivos, comparativamente aos pensamentos negativos, tinham uma maior probabilidade de serem associados a afetos positivos, e a uma maior atracção em relação à outra pessoa, resultando também em melhores sentimentos sobre si próprio e numa maior excitação sexual.

Em suma, os estudos realizados através de questionários de auto-resposta retrospectiva mostram de forma consistente que os pensamentos no decorrer da atividade sexual estão significativamente associados ao funcionamento e excitação sexual em homens e mulheres. Particularmente o papel positivo dos pensamentos sexuais e eróticos na predição do funcionamento sexual e o papel negativo dos pensamentos não eróticos, nomeadamente os pensamentos focados no desempenho sexual (preocupação com a ereção) e na antecipação do fracasso na predição das dificuldades sexuais.

Para além destes estudos existe ainda uma vasta literatura baseada em estudos laboratoriais sobre o papel da distração cognitiva na resposta sexual. De uma forma geral esses estudos mostram de forma consistente que perante tarefas de distração realizadas no decorrer da exposição a material de conteúdo sexual, os sujeitos tendem a diminuir significativamente a resposta sexual sobretudo genital (Beck, Barlow, Sakheim & Abrahamson, 1987; Elliot & O'Donohue, 1997; Geer & Fuhr, 1976; van Lankveld & van den Hout, 2004). Estes estudos laboratoriais sugerem que a distração do foco da atenção em estímulos sexuais e eróticos tem um impacto negativo na resposta sexual.

Apesar destes estudos, muito pouco se sabe sobre o tipo de foco da atenção ou o conteúdo dos pensamentos e o seu impacto na resposta sexual (subjéctiva e genital) perante a exposição a material sexualmente explícito avaliado em contexto laboratorial. Num dos raros estudos que avaliou o auto relato de pensamentos durante a exposição a filmes sexuais em laboratório, Oliveira, Laja, Carvalho, Quinta-

Gomes, Vilarinho, Janssen e Nobre (2014), mostraram que os pensamentos sexuais e eróticos foram o melhor preditor da resposta sexual subjetiva e que os pensamentos distratores/desistência se revelaram os melhores preditores negativos da resposta genital em homens sem problemas sexuais. Resultados semelhantes foram também encontrados numa amostra de mulheres sexualmente saudáveis (Vilarinho, Laja, Carvalho, Quinta-Gomes, Oliveira, Janssen, & Nobre, 2014).

Apesar destes estudos, não existe até à data investigação sobre o conteúdo auto-relatado dos pensamentos apresentados por sujeitos com disfunção sexual durante a exposição a filmes de conteúdo sexual explícito em contexto laboratorial.

1.2. Emoções

1.2.1 – Afeto e Humor Deprimido

Uma área importante de investigação no campo das disfunções sexuais, é a do papel desempenhado pelo afeto positivo e negativo. Vários estudos têm questionado o papel inibidor da ansiedade no funcionamento sexual, sendo que o foco de atenção dos investigadores está agora mais orientado para o impacto das respostas emocionais associadas ao afeto positivo e negativo, na resposta e funcionamento sexual.

Resultados de estudos laboratoriais (Abrahamson et al., 1985, Beck & Barlow 1986a, 1986b; Heiman & Rowland, 1983) indicaram que os homens com disfunção erétil apresentavam mais afeto negativo durante a exposição a estímulos sexuais, comparativamente a homens sem disfunção erétil. Foi possível constatar também que o afeto positivo e a excitação subjetiva se correlacionam positivamente, tanto nos homens com disfunção erétil, como nos homens sem disfunção erétil (Koukounas & McCabe, 2001; Rowland, Cooper, & Heiman, 1995; Rowland, Cooper, & Slob, 1996).

Meisler e Carey (1991), testaram o efeito da manipulação do afeto negativo na resposta sexual, quando os sujeitos eram expostos a estímulos sexuais. Os autores compararam 2 grupos de homens sem disfunção sexual, que receberam instruções áudio que induziam respostas emocionais de euforia ou de depressão. Os resultados indicaram que os homens submetidos à condição de indução de afeto negativo, apresentavam um atraso significativo na excitação subjetiva, durante a exposição aos estímulos sexuais, comparativamente aos homens da condição euforia. Curiosamente, no que dizia respeito à resposta genital, não foram encontradas diferenças entre os grupos.

Esta hipótese encontra algum apoio em vários estudos. Rowland et al. (1995), estudaram o efeito de variáveis emocionais e cognitivas na resposta sexual dos homens durante a exposição a material

erótico, e descobriram que os homens com disfunção sexual mostravam níveis significativamente mais baixos de emoções positivas (prazer, interesse), mas não níveis superiores de emoções negativas (preocupação, raiva, vergonha, ansiedade), comparativamente aos homens sexualmente saudáveis.

Nobre, Wiegel, Bach, Weisberg, Brown, Wincze e Barlow (2004), constataram que, enquanto o afeto positivo apresentado durante a exposição a material erótico aparece significativamente correlacionado com a resposta sexual (excitação sexual fisiológica e subjetiva), o afeto negativo não mostrou estar correlacionado com a excitação sexual. Investigações recentes têm confirmado esta associação, indicando que o afeto positivo (mas não o afeto negativo) foi um preditor significativo da excitação sexual subjetiva durante a exposição a estímulos sexuais em homens e mulheres sexualmente saudáveis (Oliveira, Laja, Carvalho, Quinta-Gomes, Vilarinho, Janssen, & Nobre, 2014; Peterson & Janssen, 2007; Vilarinho, Laja, Carvalho, Quinta-Gomes, Oliveira, Janssen, & Nobre, 2014).

Para além dos estudos realizados em laboratório, os resultados baseados em medidas de auto-resposta, também apoiaram a associação entre o funcionamento sexual e o afeto negativo ou falta de emoções positivas. Bancroft, Janssen, Strong, Carnes, Vukadinovic e Long (2003), examinaram a relação entre o afeto e a sexualidade em homens e descobriram que 42% indicavam diminuição do interesse sexual na presença de afeto negativo (em comparação com 9,4% que indicaram aumento do interesse sexual), enquanto que na condição ansiedade, 20,6% dos homens apresentaram maior interesse sexual e 28,3% apresentaram diminuição do interesse sexual. Além disso, Mehta, Walls, Blood e Shrier, (2014) constataram que o afeto positivo apareceu positivamente correlacionado com o desejo sexual em jovens mulheres deprimidas.

Nobre e Pinto-Gouveia (2006b) estudaram o conteúdo da resposta emocional durante a atividade sexual e constataram que os homens com disfunção sexual relataram ter significativamente mais emoções de tristeza, desilusão, e medo e menos prazer e satisfação, comparativamente aos homens sexualmente saudáveis. Da mesma forma, as mulheres com disfunção sexual também relataram menos prazer e satisfação, e mais tristeza, desilusão, culpa e raiva. Resultados semelhantes foram encontrados por Rowland, Georgoff e Burnett (2011) ao estudar as respostas afetivas de homens com disfunção sexual.

No geral, estes dados sugerem que o afeto negativo e em particular o afeto positivo estão fortemente associados à resposta sexual e ao funcionamento sexual em homens e mulheres. Os resultados de estudos experimentais realizados em laboratório apoiam esta associação sugerindo que o humor deprimido tem um impacto negativo na excitação sexual.

Apesar destes estudos, ainda pouco se sabe sobre a resposta afetivo-emocional de homens com disfunção erétil face à exposição a filmes de conteúdo sexual explícito em laboratório.

O presente estudo tem como objetivo, comparar as diferenças registadas ao nível dos pensamentos e das emoções experienciadas durante a exposição a estímulos sexuais, em homens com e sem disfunção erétil. Apesar de haver já um conjunto significativo de estudos que dão relevância ao papel dos pensamentos e emoções no funcionamento e resposta sexual são no entanto ainda escassos, os que comparam estas dimensões entre homens com e sem disfunção sexual perante a exposição a material sexualmente explícito em contexto laboratorial.

De acordo com os resultados encontrados em estudos anteriormente realizados, é esperado que o grupo de homens com disfunção erétil relate significativamente mais pensamentos negativos e significativamente menos pensamentos sexuais/eróticos comparativamente aos homens do grupo de controlo. É ainda esperado que os homens do grupo clínico relatem significativamente mais afeto negativo e menos afeto positivo durante a exposição a filmes de natureza sexual. Por último esperamos que os pensamentos sexuais/eróticos e o afeto positivo estejam significativamente correlacionados com a resposta sexual (sobretudo subjetiva).

2 – Metodologia

2.1 – Participantes

Este estudo contou com a participação de 40 homens, 20 com diagnóstico de disfunção erétil psicogénica e 20 homens sem diagnóstico de disfunção erétil. Em termos de descrição da amostra, constatou-se que os participantes sem disfunção erétil (grupo de controlo), era maioritariamente constituído por homens solteiros com um intervalo de idades entre os 19 e os 43 anos de idade, tendo a sua média de idades um valor de 31.3 anos. Os participantes sem disfunção erétil, apresentaram um intervalo de idades entre os 19 e os 28 anos, tendo a sua média de idades um valor de 22 anos.

2.2 - Procedimentos

Embora de uma forma mais detalhada, já tenham sido descritos no capítulo dos procedimentos e metodologia, os procedimentos inerentes à realização deste estudo, apresenta-se sucintamente uma descrição desses procedimentos.

Os participantes foram recrutados, a partir da publicitação do estudo nos media e na internet. Para poderem participar na investigação, os participantes tinham de cumprir alguns critérios de admissão, de modo a serem respeitados os objetivos gerais pretendidos neste estudo: ser heterossexual e não ter nenhuma patologia mental e orgânica.

Depois de se mostrarem interessados em participar no estudo, era conduzida uma entrevista telefônica de triagem, para verificação dos critérios de inclusão no estudo. Estando estes critérios confirmados, era então agendada uma data para comparecer no laboratório e participar no estudo. Uma vez no laboratório, era apresentado um documento de consentimento informado, com as especificações do estudo e informando que o participante podia abandonar o estudo em qualquer momento, sem qualquer penalização. Após a ratificação da sua concordância, era pedido ao sujeito que preenchesse uma bateria de questionários destinados a avaliar uma diversidade de variáveis constantes do estudo. Após o preenchimento, o participante era então encaminhado para um compartimento privado, onde lhe eram dadas as instruções para a colocação do indium gallium, de modo a que pudesse ser registada a sua resposta genital, durante o visionamento dos filmes sexuais que lhe eram apresentados. Após o visionamento de cada filme, era-lhe pedido para classificar uma lista de pensamentos e emoções que tivesse vivenciado durante esse visionamento.

2.3 - Instrumentos

Neste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS)

A escala de afeto positivo e negativo (PANAS; Watson et al., 1988) é um instrumento de auto-resposta composto por 20 adjetivos destinados à avaliação do afeto positivo e do afeto negativo segundo uma escala do tipo Likert que varia entre 1 (“Muito pouco” ou “Quase nada”) e 5 (“Extremamente”). Este instrumento permite avaliar as duas dimensões do afeto numa vertente de estado (a forma como uma pessoa se sente em determinado momento) ou numa vertente de traço (a forma como uma pessoa geralmente se sente) consoante a instrução que é dada ao respondente. A avaliação das duas dimensões do afeto é feita de forma independente, pelo que uma pontuação elevada numa das dimensões não pressupõe necessariamente uma pontuação baixa na outra.

No presente estudo foi usada a versão estado (avaliando a resposta afetiva no decorrer da exposição aos filmes sexuais).

b) Questionário de Pensamentos Sexuais (STQ)

O Questionário de Pensamentos Sexuais (STQ; Sigre-Leirós, Carvalho, & Nobre, 2016) é um instrumento de auto-resposta que permite recolher informação sobre o teor dos pensamentos tidos pelos participantes, durante visionamento dos clips eróticos. Os participantes têm de classificar um total de 30 pensamentos usando uma escala tipo Likert (de 0 “nunca” a 6 “frequentemente”), para se saber com que frequência ocorreram esses pensamentos. O questionário de pensamentos avalia 5 dimensões: Pensamentos sexuais, pensamentos distratores negativos, pensamentos relacionados com a imagem corporal e desempenho, pensamentos relacionados com os atributos físicos da atriz e pensamentos de

pecado. Estudos psicométricos indicaram que o Questionário de Pensamentos Sexuais apresenta níveis adequados de validade e fidelidade (Sigre-Leirós, Carvalho, & Nobre, 2016).

3 - Resultados

3.1 – Pensamentos

De forma a estudar as diferenças entre os dois grupos relativamente ao tipo de pensamentos tidos por cada um dos grupos de participantes, durante o visionamento de cada um dos filmes, realizámos duas análises multivariadas da covariância (MANCOVA) (uma para cada um dos filmes) tendo como variável independente o grupo (grupo clínico vs. grupo controlo) e como variáveis dependentes as cinco dimensões de pensamentos do questionário de pensamentos durante exposição a estímulos sexuais (STQ), preenchidos após o visionamento de cada um dos filmes apresentados. Uma vez que os grupos diferiram significativamente entre si relativamente à idade, esta foi incluída como covariável de forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis. Relativamente ao filme 1, uma vez controlado o efeito da idade, o teste multivariado para os grupos mostrou ser estatisticamente significativo [Lambda de Wilks = .674, $F(5, 32) = 3.10$, $p = .021$, $\eta^2 = .32$].

Conforme constatado na Tabela 7, as análises univariadas indicaram a existência de diferenças entre os grupos, ao nível das seguintes dimensões de pensamentos: pensamentos sexuais [$F(1, 36) = 4.27$, $p = .046$, $\eta^2 = .10$], beleza da atriz [$F(1, 36) = 5.75$, $p = .022$, $\eta^2 = .13$], e pensamentos de pecado [$F(1, 36) = 4.34$, $p = .044$, $\eta^2 = .10$].

Os homens do grupo clínico apresentaram valores significativamente inferiores na frequência de pensamentos sexuais (grupo clínico: $M = 2.65$, $DP = 1.07$; grupo de controlo $M = 3.19$, $DP = 1.45$) e beleza da atriz (grupo clínico $M = 2.93$, $DP = 1.33$, grupo de controlo $M = 3.47$, $DP = 1.41$) e valores significativamente superiores na frequência de pensamentos perturbadores/pecado (grupo clínico $M = .60$, $DP = 1.00$, grupo de controlo $M = .21$, $DP = .38$).

Tabela 7

Diferenças entre os Grupos ao Nível dos Pensamentos. Filme 1 (N=38)
Análises univariadas da variância

Pensamentos	Grupo Clínico		Grupo Controle		F(1,36)	p	η_p^2
	M	DP	M	DP			
PensExcSexual	2.65	1.07	3.19	1.45	4.27*	.046	.10
Beleza da Atriz	2.93	1.33	3.47	1.41	5.75*	.022	.13
Pens.Pecado	0.60	1.00	0.21	0.38	4.34*	.044	0.10
Distr.Neg	0.80	0.82	0.62	0.65	3.37	.075	.086
PensImgCorp	1.74	1.33	0.73	1.11	2.55	.118	.066

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

Nota: PensExcSexual – Pensamentos de Excitação Sexual, Pens.Pecado – Pensamentos de Pecado, Distr.Neg – Distração Negativa, PensImgCorp – Pensamentos Sobre a Imagem do Corpo

Relativamente ao filme 2, uma vez controlado o efeito da idade, o teste multivariado mostrou também ser estatisticamente significativo [Lambda de Wilks = .643, F (5, 34) = 3.77, p = .008, η_p^2 = .35].

Conforme constatado na Tabela 8, as análises univariadas indicaram a existência de diferenças entre os grupos, ao nível das dimensões de pensamentos: distração negativa [F (1, 38) = 4.82, p = .034, η_p^2 = .11] e beleza da atriz [F (1, 38) = 6.26, p = .017, η_p^2 = .14].

Os homens do grupo clínico apresentaram valores significativamente superiores na frequência de pensamentos de distração negativa (grupo clínico: M = .67, DP = .80; grupo de controle M = .30, DP = .38), e significativamente inferiores na frequência de pensamentos relacionados com a beleza da atriz (grupo clínico M = 2.53, DP = 1.74, grupo de controle M = 3.35, DP = 1.61).

Tabela 8

Diferenças entre os Grupos ao Nível dos Pensamentos. Filme 2 (N=40)
Análises univariadas da variância

Pensamentos	Grupo Clínico		Grupo Controle		F(1,38)	p	η_p^2
	M	DP	M	DP			
PensExcSexual	2.90	1.33	3.34	1.58	1.32	.25	.03
Beleza da Atriz	2.53	1.74	3.35	1.61	6.26*	.01	.14
Pens.Pecado	0.40	0.86	0.03	0.10	2.29	.13	.05
Distr.Neg	0.67	0.80	0.30	0.38	4.82*	.03	.11
PensImgCorp	1.54	1.51	0.71	1.15	1.23	.27	.03

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

Nota: PensExcSexual – Pensamentos de Excitação Sexual, Pens.Pecado – Pensamentos de Pecado, Distr.Neg – Distração Negativa, PensImgCorp – Pensamentos Sobre a Imagem do Corpo

3.2 – Emoções

De forma a estudar as diferenças entre os dois grupos relativamente ao tipo de afeto (positivo ou negativo) vivenciado por cada um dos grupos de participantes, durante o visionamento de cada um dos filmes, realizámos duas análises multivariadas da covariância (MANCOVA) (uma para cada um dos filmes) tendo como variável independente o grupo (grupo clínico vs. grupo controlo) e como variáveis dependentes as duas dimensões da escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS) avaliadas pelas respostas dadas pelos participantes logo após o visionamento de cada um dos filmes apresentados. Uma vez que os grupos diferiram significativamente entre si relativamente à idade, esta foi incluída como covariável de forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes. Uma vez controlado o efeito da idade, o teste multivariado para os grupos mostrou não ser estatisticamente significativo [Lambda de Wilks = .891, $F(2, 37) = 2.27$, $p = .117$, $\eta^2 = .10$].

Conforme constatado na Tabela 9, as análises univariadas não indicaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao nível do afeto negativo [$F(1, 38) = .99$, $p = .32$, $\eta^2 = .02$] embora se tenha observado uma diferença próxima do limiar de significância estatística ao nível do afeto positivo : afeto positivo [$F(1, 38) = 3.87$, $p = .058$, $\eta^2 = .09$].

Os homens do grupo clínico apresentaram valores inferiores quer no afeto positivo: (grupo clínico: $M = 1.13$, $DP = .55$; grupo de controlo $M = 1.43$, $DP = .33$), quer no afeto negativo (grupo clínico $M = .72$, $DP = .60$, grupo de controlo $M = .77$, $DP = .35$).

Tabela 9

Diferenças entre Afeto Positivo e Afeto Negativo Filme 1 (N=40)
Análises univariadas da variância

Tipo de Afeto	Grupo Clínico		Grupo Controlo		F(1,38)	p	η^2
	M	DP	M	DP			
AfetoPos	1.13	0.55	1.43	0.33	3.81	0.06	0.09
AfetoNeg	0.72	0.60	0.77	0.35	0.99	0.32	0.02

Nota:

AfetoPos – Afeto Positivo

AfetoNeg – Afeto Negativo

Relativamente ao filme 2, após controlado o efeito da idade, o teste multivariado para os grupos mostrou também não ser estatisticamente significativo [Lambda de Wilks = .957, $F(2, 37) = .828$, $p = .44$, $\eta^2 = .04$].

Conforme constatado na Tabela 10, as análises univariadas não indicaram a existência de diferenças entre os grupos, ao nível da valência dos afetos vivenciados: afeto positivo [$F(1, 38) = 1.02$, $p = .31$, $\eta^2 = .02$] e afeto negativo [$F(1, 38) = .06$, $p = .79$, $\eta^2 = .00$]. Os homens do grupo clínico apresentaram valores inferiores relativamente ao afeto positivo (grupo clínico: $M = 1.24$, $DP = .50$; grupo de controlo $M = 1.39$, $DP = .42$), e superiores relativamente ao afeto negativo (grupo clínico $M = .74$, $DP = .60$, grupo de controlo $M = .71$, $DP = .40$).

Tabela 10

Diferenças entre os Grupos Clínico e Controlo relativamente ao Afeto Positivo e Afeto Negativo durante o Filme 2 (N=39).

Análises univariadas da variância

Tipo de Afeto	Grupo Clínico		Grupo Controlo		F(1,37)	p	η^2
	M	DP	M	DP			
Afeto Pos	1.245	0.508	1.397	0.428	1.029	0.317	0.026
Afeto Neg	0.740	0.604	0.710	0.405	0.067	0.797	0.002

3.3 - Correlação entre Pensamentos, Afeto e Resposta Sexual Subjetiva e Fisiológica

Outro dado que foi analisado neste estudo, foi a relação existente entre os dois tipos de resposta sexual (subjetiva e genital), o tipo de pensamentos bem como o tipo de afeto vivenciado durante a exposição aos dois filmes sexuais. Nesse contexto, os resultados apresentados na tabela 11, permitem constatar que os pensamentos sexuais e o afeto positivo estão significativamente correlacionados com a resposta subjetiva mas não com a resposta genital em ambos os filmes.

Tabela 11

Correlações entre Excitação Subjetiva, Resposta Genital Pensamentos e Afeto (N=40)

	ExcSubj Filme 1	RESPOSTA_GENITAL_ FILME1		ExcSubj Filme 2	RESPOSTA_GENITAL_ FILME2
AFE_POSIT_Filme1	,500**	0,051	AFE_POSIT_Filme2	,482**	0,19
AFE_NEGAT_Filme1	0,122	-0,121	AFE_NEGAT_Filme2	0,134	-0,128
PensExcSex Filme1	,503**	-0,009	PensExcSex Filme2	,555**	0,217
Distr.Neg.Filme1	-0,144	-0,049	Distr.Neg.Filme2	-,343*	-0,217
PensImgCorp.Filme1	-0,232	-0,193	PensImgCorp.Filme2	-0,222	-0,279
Beleza da Atriz.Filme1	0,136	-0,132	Beleza da Atriz.Filme2	0,296	-0,063
PensPecado.Filme1	-0,201	-0,148	PensPecado.Filme2	-0,228	-0,137

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

Nota:

AFE_POSIT_Filme1 – Afeto Positivo no Filme 1

AFE_NEGAT_Filme1 – Afeto Negativo no Filme 1

PensExcSex Filme1 – Pensamentos de Excitação Sexual no Filme 1

Distr.Neg.Filme1 – Distração Negativo no Filme 1

PensImgCorp.Filme1 – Pensamentos sobre a Imagem Corporal no Filme 1

Beleza da Atriz.Filme1 – Beleza da Atriz no Filme 1

PensPecado.Filme1 – Pensamentos de Pecado no filme 1

AFE_POSIT_Filme2 – Afeto Positivo no Filme 2

AFE_NEGAT_Filme2 – Afeto Negativo no Filme 2

PensExcSex Filme2 – Pensamentos de Excitação Sexual no Filme 2

Distr.Neg.Filme2 – Distração Negativo no Filme 2

PensImgCorp.Filme2 – Pensamentos sobre a Imagem Corporal no Filme 2

Beleza da Atriz.Filme2 – Beleza da Atriz no Filme 2

PensPecado.Filme2 – Pensamentos de Pecado no filme 2

4 - Discussão

O objetivo deste estudo foi o de comparar o tipo e qualidade dos pensamentos e emoções apresentados pelos sujeitos com e sem disfunção erétil, durante o visionamento de excertos de filmes de sexo explícito. Os resultados encontrados corroboram de uma forma geral, a conceptualização do modelo cognitivo-emocional de Nobre e Pinto-Gouveia (2008a), bem como os resultados encontrados em estudos anteriores (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008), em que se constatou que nos homens com disfunção erétil, é maior a prevalência de pensamentos negativos e menor a frequência de pensamentos sexuais e eróticos, comparativamente aos homens sem disfunção erétil.

Estes pensamentos, por sua vez, estão positivamente correlacionados com emoções negativas como a tristeza e a desilusão, que estão também negativamente correlacionadas com a excitação sexual. Por outro lado, estes estudos demonstraram também que as emoções positivas se correlacionavam negativamente com estes pensamentos negativos, correlacionando-se positivamente com a excitação sexual. De uma forma geral, estes resultados sugerem a existência de um modo típico das disfunções sexuais, caracterizado por pensamentos automáticos negativos, afeto depressivo e baixa excitação sexual subjetiva.

No presente estudo, constatou-se que os homens com disfunção erétil, apresentam significativamente por um lado, menos pensamentos relacionados com a excitação sexual e centrados nos aspetos eróticos e de atração da atriz, e por outro, significativamente mais pensamentos de pecado (perturbadores) e pensamentos de distração negativa. Estudos anteriores (Bancroft, 1989; Lief, 1986), que concluíram que os homens com disfunções sexuais, exibem muitas vezes, estratégias cognitivas (por exemplo, *spectatoring*) e estados emocionais (por exemplo, ansiedade) que interferem com a resposta sexual fisiológica, veem nos atuais resultados, validadas as suas contribuições. Nestes estudos anteriores quer o papel das cognições, quer o papel dos estados emocionais, se não são a causa do problema, podem contribuir para a manutenção da disfunção. (Rowland, Tai, & Slob., 2003).

Ao nível das emoções, o presente estudo permitiu constatar que os homens com disfunção erétil, ao nível da vivência afetiva durante a exposição a estímulos sexuais, não se diferenciam de forma significativa, dos homens sem disfunção erétil, embora tenha sido possível observar uma diferença próxima do limiar de significância estatística ao nível do afeto positivo no filme 1.

O facto das diferenças encontradas no nosso estudo não terem ultrapassado o limiar de significância estatística (embora no caso do afeto positivo tenham estado próximas) não encontra suporte

em estudos prévios. De facto, a generalidade dos estudos anteriores sugerem que os homens com disfunção sexual respondem com diferentes conjuntos emocionais a situações semelhantes de estimulação sexual e, ainda, que esses estados afetivos podem condicionar a sua resposta sexual (Rowland, Tai & Slob, 2003). Estudos laboratoriais sobre a resposta afetiva global a estímulos eróticos, confirmam esta noção. Comparados com os grupos de homens sem disfunção, os homens com disfunção erétil (e com ejaculação prematura) apresentam mais afeto negativo e menos afeto positivo, na resposta à estimulação erótica (Rowland, Cooper, e Heiman, 1995; Rowland, Cooper, & Slob, 1996).

Também o facto de se ter encontrado uma correlação significativa entre o afeto positivo e a excitação sexual, vem não só corroborar os resultados de estudos anteriores, como por essa via, realçar a importância das emoções positivas na excitação sexual. Apesar de ser apenas uma correlação, poderá no entanto, antever o papel do afeto positivo, como eventualmente preditor da excitação sexual subjetiva.

Para além disso, Mitchell et al. (1998), concluíram que estados emocionais positivos e negativos induzidos experimentalmente, parecem aumentar e inibir a excitação sexual, respetivamente, em homens sem disfunção sexual

Em termos de implicações terapêuticas, os resultados avançados no presente estudo, podem contribuir para um reforço do importante papel desempenhado pelos pensamentos e emoções na manutenção de um modo disfuncional. A identificação e consequente trabalho terapêutico sobre esse modo disfuncional, pode trazer resultados mais consolidados na superação das disfunções sexuais.

5 - Referências Bibliográficas

- Abrahamson, D. J., Barlow, D. H., Sakheim, D. K., Beck, J. G. & Athanasiou, R. (1985). Effect of distraction on sexual responding in functional and dysfunctional men. *Behavior Therapy*, 16, 503-515.
- Barlow, D. H., Sakheim, D. K., e Beck, J. G. (1983). Anxiety increases sexual arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 49-54.
- Bancroft, J. (1989). Human sexuality and its problems. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone.
- Beck, J. G., Barlow, D. H. (1986a). The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding: I. Physiological patterns in erectile dysfunction. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 9-17.
- Beck, J. G., Barlow, D. H. (1986b). The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding: I. Cognitive and affective patterns in erectile dysfunction. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 19-26.
- Beck, J. G., Barlow, D. H., Sakheim, D. K., & Abrahamson, D. J. (1987). Shock threat and sexual arousal: The role of selective attention, thought content, and affective states. *Psychophysiology*, 24, 165-172.
- Byers, E. S., Purdon, C., & Clark, D. A. (1998). Sexual intrusive thoughts of college students. *Journal of Sex Research*, 35, 359-369
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2010a). Predictors of women's sexual desire: The role of psychopathology, cognitive-emotional determinants, relationship dimensions, and medical factors. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 928-937.
- Carvalho, J., Nobre, P. J. (2011). Biopsychosocial determinants of men's sexual desire: Testing an integrative model. *Journal of Sexual Medicine*, 8 (2), 754-763.
- Dove, N. L., & Wiederman, M. W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 67-78.
- Heiman, J., & Rowland, D. (1983). Affective and physiological sexual response patterns: The effects of

instructions on sexually functional and dysfunctional men. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 105-116.

Lief, H. I. (1986). Sex and depression. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 20, 38–53.

Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Kaplan, H. S. (1981). *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Brunner/Mazel.

Koukounas, E., & McCabe, M. P. (2001). Sexual and emotional variables influencing sexual response to erotica: A psychophysiological investigation. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 393–408.

Little, C. A. & Byers, E. S. (2000). Differences between positive and negative sexual cognitions. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 9, 167-179.

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown

Meana M ,& Nunnink S. (2006) - Gender differences in the content of cognitive distraction during sex. *Journal of Sex Research*.2006 Feb;43(1):59-67.

Mitchell, W., DiBartolo, P., Brown, T., & Barlow, D. (1998).Effects of positive and negative mood on sexual arousal in sexually functional males. *Archives of Sexual Behavior*, 27, 197–207.

Nelson, A. L. & Purdon, C. (2011). Non-erotic thoughts, attentional focus, and sexual problems in a community sample. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 395-406.

Nobre, P. J. & Pinto-Gouveia, J. (2003). Sexual modes questionnaire: Measure to assess the interaction between cognitions, emotions and sexual response. *Journal of Sex Research*, 40, 368-382.

Nobre, P. J. (2009). Determinants of sexual desire problems in women: Testing a cognitive-emotional model. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 35, 360-377.

Nobre, P. J. (2010). Psychological Determinants of Erectile Dysfunction: Testing a cognitive-emotional model. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 1429-1437.

Nobre, P. J. (2013). Male Sexual Dysfunctions. In Stefan Hoffman (Ed.) *The Wiley Handbook of*

- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008a). Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional males and females. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 32, 37-49.
- Nobre, P & Pinto-Gouveia, J. (2008) - Cognitions, Emotions, and Sexual Response: Analysis of the Relationship among Automatic Thoughts, Emotional Responses, and Sexual Arousal. *Archives of Sexual Behav* (2008) 37:652–661
- Nobre, P. J., Wiegel, M., Bach, A., Weisberg, R., Brown, T., Wincze, J., & Barlow, D. H. (2004). Determinants of sexual arousal and the accuracy of its self-estimation in sexually functional males. *Journal of Sex Research*, 41, 363-371.
- Oliveira C, Laja P, Carvalho J, Quinta Gomes A, Vilarinho S, Janssen E, & Nobre P. (2014). Predictors of Men's Sexual Response to Erotic Film Stimuli: The Role of Affect and Self-Reported Thoughts. *The Journal of Sexual Medicine*. Volume 11, Issue 11, pages 2701–2708.
- Purdon, C. & Holdaway, L. (2006). Non-erotic thoughts: Content and relation to sexual functioning and sexual satisfaction. *Journal of Sex Research*, 43, 154-162.
- Purdon, C., & Watson, C. (2011). Non-erotic thoughts and sexual functioning. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 891–902. doi:10.1007/s10508-011-9755-z
- Renaud, C. A. & Byers, E. S. (1999). Exploring the frequency, diversity, and content of university students' positive and negative sexual cognitions. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 8, 17-30.
- Renaud, C. A. & Byers, E. S. (2001). Positive and negative sexual cognitions: Subjective experience and relationships to sexual adjustment. *Journal of Sex Research*, 38, 252-262.
- Rowland, D., Cooper, S., & Heiman, J. R. (1995). A preliminary investigation of affective and cognitive response to erotic stimulation in men before and after sex therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 21, 3-20.
- Rowland, D., Cooper, S., & Slob, A. (1996). Genital and psychoaffective response to erotic stimulation in sexually functional and dysfunctional men. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 194– 203.

- Rowland, D. L., Georgoff, V. L., & Burnett, A. L. (2011). Psychoaffective differences between sexually functional and dysfunctional men in response to a sexual experience. *Journal of Sexual Medicine*, 8(1), 132-139.
- Rowland, D; Tai, W;& Slob, A.(2003) - An Exploration of Emotional Response to Erotic Stimulation in Men With Premature Ejaculation: Effects of Treatment With Clomipramine. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 32, No. 2, April 2003, pp. 145–153.
- Sigre-Leirós, Carvalho & Nobre (2015) - Psychometric properties of a Measure to assess Self-reported Thoughts during Exposure to Sexual Stimuli. (no prelo).
- Vilarinho, Laja, Carvalho, Quinta-Gomes, Oliveira, Janssen & Nobre (2014) - Affective and cognitive determinants of women's sexual response to erotica. *The journal of sexual medicine* 11 (11), 2671-2678

Capítulo VI

Estudo 4 - Diferenças na Execução de uma Tarefa Stroop entre Homens com e sem Disfunção Erétil

1 – Introdução

A tarefa Stroop é definida como uma medida para avaliar a concentração da atenção, ou seja, a capacidade para seletivamente prestar atenção a estímulos específicos ou a aspetos de um estímulo e ignorar informações irrelevantes ao desempenho nessa tarefa (Van Zomeren & Brouwer, 1993).

Na tarefa Stroop clássica, pede-se aos sujeitos que concentrem a sua atenção na cor das palavras apresentadas, enquanto ignoram o sentido da palavra. De acordo com essa descrição da tarefa, o sujeito tem que selecionar um determinado tipo de informações, ou seja, a cor, e considerar a informação ortográfica, como irrelevante. Percebe-se assim, como esta tarefa tem validade como instrumento para avaliação da atenção seletiva (Kingma, La Heij, Fasotti & Eling, 1996).

No contexto da psicologia experimental, têm sido desenvolvidas quatro propostas diferentes no que diz respeito ao locus do efeito Stroop. Numa primeira abordagem, a palavra distratora vai causar um efeito perturbador na identificação da cor, ao divergir a atenção da cor da palavra. Esta abordagem, é frequentemente rejeitada, pelos estudos que afirmam que as palavras distratoras congruentes (a palavra vermelho, escrita a vermelho), não causam interferência nenhuma (Kingma et al., 1996).

Numa segunda abordagem, a palavra distratora vai impedir a codificação semântica do estímulo-alvo. Nesta perspetiva avançada por Seymour (1977), a interferência é devida a uma ambiguidade que surge quando a cor e a palavra vão ativar na memória semântica, conceitos muito relacionados. Esta interpretação é também criticada com base em resultados que mostram que a interferência Stroop diminui fortemente ou mesmo desaparece quando são necessárias reações não-verbais para as cores (Virzi & Egeth, 1985).

Numa terceira perspetiva, a interferência tem sido atribuída a uma competição entre a palavra distratora e o nome da cor num determinado nível de resposta (competição da resposta) (Keele, 1972). Embora seja geralmente reconhecido que a concorrência da resposta desempenha um papel importante no efeito Stroop, a maior parte dessa interferência, é recentemente atribuída ao processo de recuperação da palavra (Kingma et al., 1996).

Finalmente, numa quarta abordagem, assume-se que a palavra distratora dificulta a activação ou selecção do nome da cor no léxico mental (Roelofs, A., 1992).

No campo da investigação experimental, e mais precisamente, no que reporta à conceção deste projeto de investigação, têm sido seguidas duas estratégias principais para estudar os enviesamentos atencionais. A primeira, tem consistido em mostrar como a tendência para prestar uma atenção seletiva a estímulos emocionalmente relevantes, pode facilitar o desempenho em certas tarefas, por beneficiar do processamento de tais informações. Estes estudos incluem demonstrações de que as pessoas que estão

emocionalmente perturbadas, têm limiares auditivos menores para estímulos relacionados com preocupações (Burgess, Jones, Robertson, Radcliffe, Emerson, Lawler & Crow, 1981; Foa & McNally, 1986; Klinger, Barter, & Maxeiner, 1981; Parkinson & Rachman, 1981) e limiares visuais mais baixos para tais estímulos (Powell & Hemsley, 1984).

A segunda estratégia tem consistido em mostrar como o desempenho numa tarefa pode ficar condicionado, como resultado da atenção seletiva aos estímulos emocionalmente relevantes sobre essas tarefas, uma vez que o processamento dessa informação possa ser prejudicial. Para qualquer uma das estratégias anteriormente descritas, o paradigma experimental mais utilizado, tem sido o teste Stroop modificado (Williams, Mathews & MacLeod, 1996).

Assim e de acordo com esta conceptualização teórica, entende-se neste estudo, que os indivíduos com perturbação emocional mostram uma interferência desproporcionada na nomeação das cores, para estímulos negativos, que vai para além do enviesamento atencional, em direção a estímulos de interesse atual (Cassiday, McNally, & Zeitlin, 1992; Lavy et al, 1994; McNally et al, 1994; Segal et al., 1995). Nesta perspetiva, entende-se que esta interferência adicional por estímulos de ameaça pode surgir a partir do controlo neuromodulador de unidades de entrada que representam conteúdos que têm uma história de associação com ameaça. Esta conceptualização é sustentada por um conjunto de estudos realizados com amostras clínicas.

Num estudo realizado com indivíduos com ansiedade social (Amir, Freshman & Foa, 2002), verificou-se um efeito stroop estatisticamente significativo para as palavras mais relacionadas com contextos de ameaça social. Os indivíduos com diagnóstico de ansiedade social, levavam mais tempo a nomear a cor dos vocábulos mais relacionados com contextos de ameaça social, comparativamente aos participantes do grupo de controlo.

No estudo de Andersson e Haldrup (2003), realizado com 20 participantes que sofriam de dor crónica, e 20 participantes como grupo de controlo, os resultados encontrados revelaram um efeito Stroop, com maiores tempos de resposta para as palavras relacionadas com a dor, nos participantes do grupo clínico, ainda que esta diferença não fosse estatisticamente significativa.

A investigação levada a cabo com doentes obsessivo-compulsivos (Moritz, Jacobsen, Kloss, Fricke, Rufer & Hand, 2004), com a realização de uma tarefa Stroop organizada com listas de palavras (neutras, ansiedade, depressão, positivas, consciência, facilitação e responsabilidade), apesar de não ter revelado diferenças significativas entre os participantes com perturbação obsessivo-compulsiva e os participantes sem esta perturbação, conclui que esses resultados se possam dever ao facto de as palavras

escolhidas para a tarefa Stroop, não constituírem um material idiossincrático, diretamente relacionado com as principais preocupações dos sujeitos.

Numa investigação com doentes queimados (Willebrand, Norlund, Kildal, Gerdin, Ekselius & Andersson, 2008), foi possível constatar que em relação à tarefa Stroop realizada, os pacientes recuperados apresentaram tempos de latência mais longos para as palavras da categoria “queimado” comparativamente às palavras neutras e de trauma. Uma situação não verificada para os indivíduos controlo. O estudo mostrou que pacientes com queimaduras, exibiram um efeito Stroop moderado, ou seja, um viés atencional. Para os autores do estudo, este facto pode significar que os pacientes com queimaduras consideram a queimadura uma questão importante na vida.

Uma investigação (Markela-Lerenc, Kaiser, Fiedler, Weisbrod & Mundt, 2006), que comparou o desempenho de doentes deprimidos e um grupo de controlo, na realização de uma tarefa Stroop, concluiu que não havia diferenças significativas entre os doentes deprimidos e as pessoas sem depressão. No entanto, quando o grupo de doentes deprimidos foi dividido de acordo com os critérios do DSM-IV, em melancólicos e não melancólicos, observou-se que os doentes não melancólicos, eram os que apresentavam um maior efeito Stroop. De acordo com os autores, esta diferença poderá dever-se ao facto de os doentes melancólicos terem padrões de pensamento mais rígidos, e por causa disso, serem mais resistentes à distração. Noutro estudo com a mesma população clínica (Kertzman, Reznik, Hornik-Lurie, Weizman, Kotler, & Amital, 2009), centrado nos efeitos da atenção seletiva e no desempenho numa tarefa Stroop, os resultados indicaram que os participantes com depressão, apresentaram maiores tempos de latência, na tarefa Stroop, para as palavras neutras e congruentes, comparativamente aos participantes do grupo de controlo. No entanto os autores concluem que o efeito Stroop poder ser melhor explicado pela lentidão psicomotora característica dos doentes com depressão, do que pela limitação da atenção seletiva.

Uma meta análise englobando um total de 26 estudos realizada com pessoas com Perturbação de Stress Pós-Traumático (Cisler, Wolitzky-Taylor, Adams Jr, Babson, Badour, & Willems, 2011), concluiu que os participantes com Perturbação de Stress Pós-Traumático tinham tempos de resposta mais longos na tarefa Stroop, comparativamente aos participantes do grupo de controlo. Foi também possível verificar que as palavras mais fortemente relacionadas com contextos de trauma, apresentavam um efeito Stroop mais significativo, comparativamente às palavras neutras, quando analisados os participantes com Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Num estudo realizado com diferentes tipologias de agressores sexuais (Price & Hanson, 2007), a quem foi também pedido que realizassem uma tarefa Stroop composta por várias listas de palavras (neutras, emoções positivas, emoções negativas, cor, agressão e sexuais), verificou-se que alguns

agressores sexuais (os violadores) eram significativamente mais lentos a nomear a cor das palavras da categoria “sexual”, comparativamente aos sujeitos do grupo de controlo.

Apesar desta vasta literatura sobre efeito de stroop em amostras com diferentes perturbações emocionais não existem até à data estudos sobre efeito de stroop em sujeitos com disfunções sexuais. O presente estudo tem como objetivo comparar as diferenças registadas no desempenho de uma tarefa stroop (nomeação da cor de palavras apresentadas num ecrã), em termos de tempo de latência na identificação da cor da palavra, entre homens com e sem disfunção erétil.

De acordo com os resultados encontrados em estudos anteriormente realizados, são esperadas diferenças entre os grupos, na tarefa stroop. Os sujeitos com disfunção sexual apresentarão um efeito stroop nas categorias de palavras mais relacionadas com contextos de interação/desempenho sexual, comparativamente aos sujeitos sem disfunção sexual.

2 – Metodologia

2.1 - Participantes

Este estudo contou com a participação de 39 homens, 20 com diagnóstico de disfunção erétil psicogénica e 19 homens sem diagnóstico de disfunção erétil. Em termos de descrição da amostra, constatou-se que os participantes sem disfunção erétil (grupo de controlo), era maioritariamente constituído por homens solteiros com um intervalo de idades entre os 19 e os 43 anos de idade, tendo a sua média de idades um valor de 31.3 anos. Os participantes sem disfunção erétil, apresentaram um intervalo de idades entre os 19 e os 28 anos, tendo a sua média de idades um valor de 22 anos.

Quanto ao estado civil, é possível constatar que os participantes do grupo de controlo são todos solteiros, enquanto os participantes do grupo clínico, apresentam a seguinte distribuição: 65% são solteiros; 13% são casados; 18% são divorciados e 4% são viúvos. Ao nível das habilitações literárias, os participantes do grupo de controlo têm na sua maior parte (65%), frequência do ensino superior; 5% têm frequência do ensino médio, e 32% têm frequência de nível secundário.

Os participantes do grupo clínico, apresentam uma distribuição mais heterogénea, sendo que 5% têm frequência do nível básico, 4% têm frequência do terceiro ciclo do ensino, 35% têm frequência do ensino secundário, 4% têm frequência do ensino médio, e 52% têm frequência universitária.

2.2 – Procedimentos

Embora de uma forma mais detalhada, já tenham sido descritos no capítulo sobre metodologia, os procedimentos inerentes à realização deste estudo, apresenta-se sucintamente uma descrição desses procedimentos.

Os participantes foram recrutados, a partir da publicitação do estudo nos media e na internet. Para poderem participar na investigação, os participantes tinham de cumprir alguns critérios de admissão, de modo a serem respeitados os objetivos gerais pretendidos neste estudo: ser heterossexual e não ter nenhuma patologia mental e orgânica.

Depois de se mostrarem interessados em participar no estudo, era conduzida uma entrevista telefónica de triagem, para verificação dos critérios de inclusão no estudo. Estando estes critérios confirmados, era então agendada uma data para comparecer no laboratório e participar no estudo. Uma vez no laboratório, era apresentado um documento de consentimento informado, com as especificações do estudo e informando que o participante podia abandonar o estudo em qualquer momento, sem qualquer penalização. Após a ratificação da sua concordância, era pedido ao sujeito que preenchesse uma bateria de questionários destinados a avaliar uma diversidade de variáveis constantes do estudo. Após este preenchimento, o participante era então encaminhado para um compartimento privado, onde lhe eram dadas as instruções para a colocação do *indium gallium*, de modo a que pudesse ser registada a sua resposta genital, durante o visionamento dos filmes sexuais que lhe eram apresentados. Após o visionamento de cada filme, era-lhe pedido para classificar uma lista de pensamentos e emoções que tivesse vivenciado durante esse visionamento. Após completar esta tarefa, o participante saía do compartimento privado, e realizava a tarefa stroop, que consistia na escolha da cor em que aparecia uma lista de palavras, projetadas no ecrã de um computador.

2.3 – Instrumentos Utilizados

Teste de Stroop Modificado

Para este estudo, a partir da revisão de literatura, foram concebidas quatro categorias de palavras: palavras neutras (azul), palavras positivas (alegria), palavras negativas gerais (desgosto) e palavras negativas específicas (impotência). Cada categoria era composta por um total de 12 palavras, fazendo uma lista com um total de 48 palavras. As palavras foram escolhidas, de modo a haver uma correspondência/emparelhamento em termos de conhecimento geral da língua portuguesa, bem como respeitar o mesmo número de palavras em cada categoria, quanto á sua extensão silábica (haver em todas as categorias o mesmo número de palavras dissilábicas, trissilábicas e polissilábicas). A distinção entre

palavras negativas gerais e negativas específicas, prende-se com o facto das últimas estarem exclusivamente relacionadas com o contexto sexual e por isso, esperar-se uma maior tendência dos participantes a evidenciarem nelas o efeito stroop (ver Quadro 3). Acrescenta-se ainda o facto de algumas das palavras desta categoria (infeliz, incapaz, falhado ou inapto), não sendo totalmente intrínsecas dos contextos sexuais, são no entanto muito comuns, nas avaliações feita pelos homens com disfunção erétil.

Quadro 3

Categorias e Listas de Palavras Utilizadas na Tarefa Stroop

POSITIVAS	NEUTRAS	NEGATIVAS GERAIS	NEGATIVAS ESPECÍFICAS
Agrado	Autocarro	Cancro	Fraco
Alegria	Barco	Perda	Pénis
Amor	Direita	Mágoa	Disfunção
Animação	Escola	Desgosto	Ereção
Brincadeira	Esquerda	Pobreza	Falhado
Calma	Maré	Tristeza	Incapaz
Conforto	Moínho	Desagrado	Inapto
Diversão	Montanha	Abandono	Impotência
Gratidão	Oceano	Acidente	Incompetente
Satisfação	Restaurante	Destruição	Ineficaz
Sucesso	Telefone	Crueldade	Infeliz
Tolerante	Universo	Doloroso	Penetração

As 48 palavras eram depois apresentadas aleatoriamente aos participantes, num monitor de fundo branco, escritas a vermelho, azul, verde e amarelo, perfazendo um total de 192 estímulos apresentados individualmente. Em frente ao monitor, estava colocado um teclado que permitia ao participante carregar na tecla da cor idêntica à cor da palavra que lhe aparecia no monitor. A tarefa consistia portanto em ler a palavra e identificar a cor com que ela aparecia escrita.

Sempre que o participante carregasse numa das teclas coloridas do teclado, aparecia um écran branco com a duração de 20 microssegundos, surgindo depois deste écran, uma nova palavra para identificar a cor com que aparecia escrita. A mudança para uma nova palavra-estímulo, ocorria sempre que o participante carregasse numa tecla, independentemente da sua resposta estar certa ou errada. A

resposta do participante era registrada em termos do tempo que tinha demorado a responder e se tinha premido a tecla correta.

3 – Resultados

De forma a estudar as diferenças entre os dois grupos relativamente ao efeito stroop apresentado por cada um dos grupos de participantes, durante a realização da tarefa stroop, realizámos uma análise multivariada da covariância (MANCOVA) tendo como variável independente o grupo (grupo clínico vs. grupo controlo) e como variável dependente, o tipo de resposta (neutra, positiva, negativa específica e negativa geral), avaliado pelo tempo de latência a cada uma das categorias de respostas dadas pelos participantes, durante a realização da tarefa de stroop modificado. Uma vez que os grupos diferiram significativamente entre si relativamente à idade, esta foi incluída como covariável de forma a controlar o seu efeito sobre a tarefa Stroop. Uma vez controlado o efeito da idade, o teste multivariado para os grupos mostrou não ser estatisticamente significativo [Lambda de Wilks = .861, $F(4, 33) = 1.32$, $p = .28$, $\eta^2 = .13$].

Conforme constatado na Tabela 12, as análises univariadas não indicaram a existência de diferenças entre os grupos, no que diz respeito às categorias de palavras positivas [$F(1, 36) = 1.91$, $p = .17$, $\eta^2 = .05$] e palavras negativas gerais [$F(1, 36) = 2.16$, $p = .15$, $\eta^2 = .05$]. Já quanto às palavras neutras [$F(1, 36) = 3.54$, $p = .06$, $\eta^2 = .09$], e palavras negativas específicas [$F(1, 36) = 2.96$, $p = .09$, $\eta^2 = .07$] apesar das diferenças não se revelarem significativas estão próximas do limiar estatístico, revelando uma tendência.

Os homens do grupo clínico apresentaram valores superiores para as diferentes categorias de palavras: neutras (grupo clínico: $M = 785.98$, $DP = 114.21$; grupo de controlo: $M = 665.47$, $DP = 92.67$), negativas específicas (grupo clínico $M = 786.46$, $DP = 118.22$, grupo de controlo $M = 665.66$, $DP = 103.41$), positivas (grupo clínico: $M = 774.43$, $DP = 131.23$, grupo de controlo: $M = 656.98$, $DP = 99.85$), e negativas gerais (grupo clínico: $M = 774.76$, $DP = 119.90$; grupo de controlo $M = 664.03$, $DP = 96.92$).

Tabela 12

Efeito Stroop nos grupos clínico e de controle (N = 38)
Análises Univariadas da Variância

Palavras	Grupo Clínico		Grupo Controle		F(1,36)	p	η_p^2
	M	DP	M	DP			
Neutras	785.98	114.21	665.47	92.67	3.584	0.066	0.091
Neg.Esp	786.46	118.22	665.66	103.41	2.964	0.094	0.076
Positivas	774.43	131.23	656.98	99.85	1.918	0.175	0.051
Neg.Ger	774.76	119.90	664.03	96.92	2.168	0.15	0.057

4 – Discussão

O teste de Stroop modificado é um bom instrumento para avaliar a atenção seletiva e tem sido utilizado em vários estudos, com amostras clínicas, para avaliar o efeito de interferência na nomeação de determinadas palavras, relacionadas com temáticas avaliadas como ameaçadoras ou traumáticas para os sujeitos.

Neste estudo, elaborou-se uma lista de palavras divididas em quatro categorias: positivas, neutras, negativas gerais e negativas específicas. A categoria de palavras negativas específicas foi constituída pelas palavras e vocábulos mais relacionados com o contexto da relação sexual, podendo por isso em teoria, gerar um efeito stroop (interferência) mais notório nos participantes, especialmente nos participantes com disfunção erétil.

A hipótese a testar assentava no pressuposto de que os sujeitos com disfunção erétil apresentariam um efeito de interferência, traduzido num maior tempo de latência na seleção da cor das palavras da categoria negativas específicas, por serem as mais diretamente relacionadas com o contexto da interação sexual.

Esta hipótese encontra suporte nos modelos cognitivistas da ansiedade (Barlow, 1988, Beck, Emery & Greenberg, 1985), que conceptualizam como uma das funções da ansiedade, a deteção de estímulos ameaçadores, permitindo assim ao sujeito, reagir com prontidão. De acordo com estas teorias, a atenção das pessoas ansiosas é seletivamente enviesada para esses estímulos ameaçadores (Bower, 1981 e 1987).

Os resultados encontrados, não validaram completamente a hipótese em estudo, embora tenha sido possível constatar uma tendência dos participantes do grupo clínico para um efeito de interferência (efeito de stroop), para a categoria das palavras mais relacionadas com contextos sexuais.

Estes resultados podem ser enquadrados num conjunto de estudos que tendo por base várias amostras clínicas, não encontraram um efeito stroop estatisticamente significativo entre os grupos clínicos e os grupos de controlo. No que diz respeito aos sujeitos com Perturbação de Stress Pós-Traumático, vários estudos constataram a não existência de um efeito stroop na nomeação da cor das palavras relacionadas com contextos de trauma (Bremner, Vermetten, Vythilingam, Afzal, Schmahl & Elzinga, 2004; Devineni, Blanchard, Hickling, & Buckley, 2004; Freeman & Beck, 2000; Naidich & Motta, 2000; Suozzi & Motta, 2004; Shin, Whalen, Pitman, Bush, Macklin & Lasko, 2001).

Também Kyrios e Iob (1998) num estudo com sujeitos com Perturbação Obsessiva-Compulsiva, constatou que não só os sujeitos do grupo clínico eram mais rápidos a nomear as palavras ameaçadoras, como as positivas, comparativamente às neutras, como não foi encontrado um efeito stroop estatisticamente significativo entre os dois grupos.

O resultado do presente estudo está assim em consonância com alguns estudos prévios que mostram diferenças entre os grupos clínicos e de controlo relativamente ao efeito stroop para palavras associados ao quadro clínico embora sem atingir limiares de significância estatística. Uma possível explicação para estes resultados está relacionada com o poder estatístico da análise tendo em conta o número de sujeitos da amostra (38 no total). Estudos prévios têm encontrado efeitos significativos com amostras tendencialmente maiores. Outra possível explicação para o facto do efeito de Stroop não ter sido significativo pode ter a ver com o conteúdo das palavras negativas específicas usadas no presente estudo. De facto, apesar das palavras terem sido seleccionadas para representar conteúdos associados ao desempenho sexual (pénis, ereção, penetração), às suas dificuldades (disfunção, impotência), ou a auto-representações negativas (auto-esquemas) habitualmente apresentadas por homens com disfunção erétil (fraco, incompetente, ineficaz, inapto), é possível que apresentadas de forma isolada e descontextualizada (como acontece no teste stroop) elas não apresentem um cariz suficientemente ameaçador ou ansiógeno para causar um enviesamento significativo no processo de atenção.

5 - Referências Bibliográficas

- Amir, N, Freshman, M & Foa, E (2002) - Enhanced Stroop interference for threat in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* 16 (2002)1-9-
- Andersson, G & Haldrup, D (2003) - Personalized pain words and Stroop interference in chronic pain patients. *European Journal of Pain* 7 (2003) 431–438.
- Barlow, D (1988) - Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press.
- Beck, A.; Emery, G.& Greenberg, R. (1985) - Anxiety Disorders and phobias. new York: Basic Books
- Bower, G (1981) - Mood and Memory. *American Psychologist*, 36, 129 - 148
- Bower, G. (1987) - Commentary on mood and memory. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 443 – 455.
- Bremner, J. D., Vermetten, E., Vythilingam, M., Afzal, N., Schmahl, C., Elzinga, B., et al. (2004). Neural correlates of the classic color and emotional stroop in women with abuse-related posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 55(6), 612–620.
- Burgess, I., Jones, L., Robertson, S., Radcliffe, W., Emerson, E., Lawler, P., & Crow, T. (1981). The degree of control exerted by phobic and non-phobic verbal stimuli over the recognition behaviour of phobic and non-phobic participants. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 223-234.
- Cassiday, K., McNally, R., & Zeitlin, S. (1992). Cognitive processing of trauma cues in rape victims with post-traumatic stress disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 283-295.
- Cisler, J, Wolitzky-Taylor, K, Adams Jr, T, Babson, K, Badour, C, & Willems, J (2011) - The emotional Stroop task and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 31 (2011) 817–828.
- Barlow, D (1988) - Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press.
- Beck, A.; Emery, G.& Greenberg, R. (1985) - Anxiety Disorders and phobias. new York: Basic Books

- Burgess, I., Jones, L., Robertson, S., Radcliffe, W., Emerson, E., Lawler, P., & Crow, T. (1981). The degree of control exerted by phobic and non-phobic verbal stimuli over the recognition behaviour of phobic and non-phobic participants. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 223-234.
- Devineni, T., Blanchard, E. B., Hickling, E. J., & Buckley, T. C. (2004). Effect of psychological treatment on cognitive bias in motor vehicle accident-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(2), 211–231.
- Freeman, J. B., & Beck, J. G. (2000). Cognitive interference for trauma cues in sexually abused adolescent girls with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), 245–256.
- Foa, E., & McNally, R. (1986). Sensitivity to feared stimuli in obsessive-compulsives: A dichotic listening analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 477-486.
- Keele, S. (1972) - Attention demands of memory retrieval. *J. Exp. Psychol.* 93, 245-248).
- Kertzman, S, Reznik, I, Hornik-Lurie, T, Weizman, A, Kotler, M, & Amital, D (2009) - Stroop performance in major depression: Selective attention impairment or psychomotor slowness? *Journal of Affective Disorders* 122 167-173.
- Kingma, A, La Heij, W, Fasotti, L & Eling, P (1996) - Stroop interference and disorders of selective attention. *Neuropsychologia*, Vol. 34, No. 4, pp. 273-281.
- Klinger, E., Barter, S., & Maxeiner, M. (1981). Current concerns assessing therapeutic relevant motivation. In P. C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.), *Assessment strategies for cognitive behavioural interventions* (pp. 161-196). New York: Academic Press.
- Lavy, E., Oppen, P, & Hout, M. (1994). Selective processing of emotional information in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 243-246.
- Markela-Lerenc, J, Kaiser, S, Fiedler, P, Weisbrod, M, & Mundt, C (2006) - Stroop performance in depressive patients: A preliminary report. *Journal of Affective Disorders* 94 261–267.
- McNally, R, Amir, N., Louro, C., Lukach, B., Riemann, B., & Calamari, J. (1994). Cognitive processing of idiographic emotional information in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 119-122.

- Moritz, S, Jacobsen, D, Kloss, M, Fricke, S, Rufer, M, & Hand, I (2004) - Examination of emotional Stroop interference in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 42 671–682.
- Naidich, J. B., & Motta, R. W. (2000). PTSD-related symptoms in women with breast cancer. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1(1), 35–54.
- Parkinson, L., & Rachman, S. (1981). Intrusive thoughts: The effects of an uncontrived stress. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 111-118.
- Powell, M. & Hemsley, D. (1984). Depression: A breakdown of perceptual defence? *British Journal of Psychiatry*, 145, 358-362.
- Price, S & Hanson, R (2007) - A modified Stroop task with sex offenders: Replication of a study. *Journal of Sexual Aggression* (November 2007), Vol. 13, No. 3, pp. 203-216.
- Roelofs, A. (1992) - Spreading-activation theory of lemma retrieval in speaking. *Cognit.* 42, 107-142.
- Segal, Z., Truchon, C., Horowitz, L., Gemar, M., & Guirguis, M. (1995). A priming methodology for studying self-representation in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 205-213.
- Seymour, P. H. K. Conceptual encoding and the locus of the Stroop effect. *Q. J. Exp. Psychol.* 29, 245-265, 1977.
- Shin, L. M., Whalen, P. J., Pitman, R. K., Bush, G., Macklin, M. L., Lasko, N. B., et al. (2001). An fMRI study of anterior cingulate function in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 50(12), 932–942.
- Suoizzi, J. M., & Motta, R. W. (2004). The relationship between combat exposure and the transfer of trauma-like symptoms to offspring of veterans. *Traumatology*, 10(1), 17–37.
- Van Zomeren, A. H. and Brouwer, W. H. Assessment of attention. In: *A Handbook of Neuropsychological Assessment*. J. R. Crawford, D.M. Parker and W. W. McKinlay (Editors). Lawrence Erlbaum, Hove, 1993.

Virzi, R. & Egeth, H.(1985) - Toward a translational model of Stroop interference. *Memory and Cognition*. 13, 304-319. 21].

Willebrand, M, Norlund, F, Kildal, M, Gerdin, B, Ekselius, L, & Andersson, G (2008) - Cognitive distortions in recovered burn patients: the emotional Stroop task and autobiographical memory test. *Burns* 28 (2002) 465-471

Williams, J., Mathews, A., & Mcleod, C (1996) - The Emotional Stroop Task and Psychopathology. *Psychological Bulletin* 1996, Vol. 120, No. 1,3-24

Capítulo VII – Conclusões e Discussão geral

Capítulo VII – Conclusões e Discussão geral

As ciências baseadas no modelo médico, têm dado um inegável contributo para o conhecimento dos mecanismos fisiológicos envolvidos na resposta sexual masculina. Este contributo pode ser constatado na diversidade de soluções terapêuticas disponibilizadas e com maiores níveis de eficácia, no tratamento da disfunção erétil.

No entanto, o estudo dos fatores de natureza psicológica capazes de interferir com esses mecanismos fisiológicos, não só tem ganho uma importância crescente, como se tem revelado uma área de extrema importância para a intervenção terapêutica no domínio da disfunção erétil. A validação da complexidade e multidimensionalidade dos mecanismos associados à resposta de excitação sexual, tem-se constituído como um processo evolutivo, que tendo partido de noções mais clássicas e organicistas, tem mais recentemente evidenciado a importância da co-ocorrência dos fatores de natureza psicológica e médica, na maioria das situações diagnosticadas como disfunção erétil. Pode-se com segurança afirmar que a comunidade científica tem reconhecido a importância dos aspetos biopsicossociais associados à disfunção erétil. Esta perspetiva da multidimensionalidade dos processos inerentes à resposta e funcionamento sexual, é o garante de uma compreensão global para o quadro da disfunção erétil (e.g., Althof et al., 2005; Basson et al., 1998; Lue et al., 2004).

É neste quadro de uma leitura mais holística dos mecanismos envolvidos na disfunção erétil, que esta investigação se procurou inserir. Sem questionar a relevância da componente biológica, manifestamente envolvida na resposta sexual, procurou-se investigar o papel exercido por um conjunto de fatores de natureza psicológica, como moderadores da resposta de excitação sexual masculina. Este papel foi estudado a partir de uma comparação entre homens com e sem disfunção sexual.

De uma forma geral, o conjunto dos resultados obtidos nos estudos apresentados aponta para a importância das dimensões psicológicas (pensamentos e emoções), no funcionamento erétil de homens sexualmente funcionais da comunidade e também em homens diagnosticados com disfunção erétil. Os resultados deste estudo permitiram também demonstrar empiricamente, que os aspetos individuais de natureza psicológica são suscetíveis de interagir com fatores de ordem fisiológica na manutenção das dificuldades eréteis. Os resultados obtidos neste estudo constituem-se ainda como um argumento adicional para a utilização das intervenções psicoterapêuticas na disfunção erétil, numa base mais consistente e estruturada, e paralela às abordagens médicas. Por fim, entendemos, neste contexto, que as linhas de investigação traçadas no âmbito deste trabalho se revestem de significativo interesse científico e de utilidade clínica ao abrir caminho, por um lado, para a realização de estudos futuros acerca das

variáveis de natureza psicológica e por outro, no reconhecimento da importância da inclusão dessas variáveis nos futuros protocolos de intervenção terapêutica para a disfunção erétil.

No primeiro estudo apresentado nesta dissertação, pretendeu-se comparar os níveis de excitação e inibição sexual, entre os homens com disfunção erétil psicogénica e os homens sem esta perturbação da excitação. Este estudo constituiu também uma oportunidade para aplicar em contexto laboratorial, o modelo do controlo dual de Bancroft e Janssen (2000). Este modelo, de uma forma sucinta, concebe a inibição sexual, como um mecanismo adaptativo, com a capacidade de inibir a resposta sexual em situações em que a resposta sexual possa ser pouco vantajosa, ou capaz de colocar o indivíduo em perigo (Bancroft, 1999).

No que diz respeito às hipóteses aqui colocadas, esperava-se que os homens com disfunção erétil, apresentassem valores significativamente mais altos na escala SIS1 e eventualmente valores mais baixos na escala SES, comparativamente aos do grupo de controlo. Para além disso, esperava-se ainda que o SES e sobretudo o SIS1, apresentassem correlações significativas (positivas no caso do SES e negativas no caso do SIS 1) com a resposta sexual subjetiva e genital face a estímulos sexuais em contexto laboratorial, independentemente do grupo (clínico ou controlo).

Os resultados encontrados validaram as hipóteses em estudo, na medida em que indicaram a existência de diferenças entre os grupos, nas duas dimensões de inibição sexual. De facto, os homens do grupo clínico apresentaram valores significativamente superiores de inibição sexual do tipo 1 e 2 comparativamente aos homens do grupo de controlo. Foi também possível constatar a ocorrência de um padrão de correlações negativas e significativas, essencialmente entre a inibição de tipo 1 (SIS1) e de tipo 2 (SIS 2) e a resposta genital (em ambos os filmes). Para além disso, a inibição tipo 1 (SIS1), apresentou também correlações negativas significativas com a resposta sexual subjetiva no filme 1. A propensão para a excitação sexual (SES), por sua vez, apresentou uma correlação positiva significativa apenas com a resposta sexual subjetiva ao filme 2.

De uma forma geral, estes resultados indicam que em termos de excitação e inibição sexual, os homens com disfunção erétil psicogénica apresentam um quadro mais marcado de inibição sexual, nomeadamente no SIS1, que está mais diretamente relacionada com a ansiedade de não conseguir ter um desempenho sexual eficaz, que permita um nível de satisfação quer pessoal, quer da parceira.

No que diz respeito ao estudo realizado sobre o funcionamento e resposta sexual genital e subjetiva face a estímulos eróticos em homens com e sem disfunção erétil, teve como objetivo avaliar em termos comparativos, a resposta sexual fisiológica e a resposta sexual subjetiva, entre homens com e sem disfunção erétil. Estudos realizados anteriormente, sugeriram uma maior propensão dos homens com disfunção erétil, para apresentarem níveis baixos de excitação subjetiva (Abrahamson, Barlow, Sakheim, Beck & Athanasiou, 1985). As hipóteses colocadas para este estudo, assentavam no pressuposto de que se esperaria encontrar uma diferença significativa na resposta sexual genital (avaliada pelas alterações da circunferência peniana) e na resposta sexual subjetiva (avaliada pelos questionários de auto-resposta) entre os grupos clínico e de controlo (no sentido de menor resposta sexual subjetiva e genital nos homens

com disfunção erétil). Esperava-se também que essas diferenças fossem mais evidentes no caso da resposta subjetiva comparativamente à resposta genital tendo em conta os estudos que sugerem uma tendência dos homens com disfunção erétil psicogénica para subestimar os seus níveis de ereção.

Os resultados do estudo, confirmaram as hipóteses avançadas, na medida em que revelaram que os homens com disfunção erétil se distinguiram dos homens sem disfunção, ao nível do funcionamento sexual, da resposta sexual genital e da resposta sexual subjetiva. Com efeito, quanto ao funcionamento sexual, foi possível registar a existência de diferenças entre os homens com e sem disfunção erétil, nas dimensões do funcionamento erétil, orgasmo, desejo sexual, satisfação sexual e satisfação geral. Assim, os homens com disfunção erétil apresentaram valores significativamente inferiores em todas as dimensões do funcionamento sexual.

No que à resposta sexual genital diz respeito, os resultados comprovaram a existência de diferenças entre os homens com e sem disfunção erétil, ao nível da excitação sexual fisiológica face à exposição a estímulos sexualmente explícitos. Com efeito, os homens com disfunção erétil, apresentaram valores médios de modificação da circunferência peniana significativamente inferiores.

No âmbito da resposta sexual subjetiva, os valores encontrados validaram as hipóteses avançadas, uma vez que foi possível registar a existência de diferenças entre os homens com e sem disfunção erétil, ao nível da resposta sexual subjetiva. De facto, os homens com disfunção erétil, apresentaram valores significativamente inferiores nos dois filmes.

No cômputo geral, este estudo sobre o funcionamento sexual e as respostas sexual genital e subjetiva, face a estímulos eróticos em homens com e sem disfunção erétil, veio comprovar a importância dos aspetos fisiológicos e psicológicos nas diferenças existentes entre os homens com disfunção erétil e os homens sem disfunção erétil. Efetivamente, os homens com disfunção erétil apresentaram maiores dificuldades na capacidade erétil, quando em situações de teor sexual, sendo muitas vezes, essa dificuldade acompanhada, pela autoavaliação de que não são capazes de obter níveis de ereção que possibilitem a vivência de uma relação sexual satisfatória.

Por outro lado este estudo permitiu ainda corroborar investigações recentes que apontam para a existência de discrepâncias entre as dimensões genital e subjetiva da resposta sexual em homens. Apesar de originalmente a questão da discrepância entre as duas dimensões da resposta sexual ter sido estudada sobretudo em mulheres, estudos recentes sugerem que ela não é exclusiva das populações femininas.

O terceiro estudo realizado nesta dissertação, sobre o papel desempenhado pelos pensamentos e a resposta afetiva face a estímulos sexuais em homens com e sem disfunção erétil, teve como objetivo, comparar, quer o tipo de pensamentos apresentados, quer a valência emocional, apresentados pelos homens com disfunção erétil, na presença de estímulos eróticos, relativamente aos homens sem disfunção erétil.

No que diz respeito ao tipo de pensamentos apresentados, vários estudos têm concluído que os homens com disfunção sexual, apresentavam significativamente mais pensamentos negativos, durante a

atividade sexual, comparativamente a indivíduos sexualmente saudáveis (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008a). Da mesma forma, homens com disfunção sexual, apresentavam também, de uma forma significativa, níveis mais elevados de pensamentos sobre a ereção, pensamentos de antecipação do fracasso, bem como uma escassez de pensamentos eróticos, comparativamente a homens sexualmente saudáveis (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008a).

Sobre a relação entre o tipo de pensamentos apresentados e as emoções vividas pelos sujeitos, Little e Byers (2000), constataram que os pensamentos positivos, comparativamente aos pensamentos negativos, tinham uma maior probabilidade de ser associados a afetos positivos, e a uma maior atracção em relação à outra pessoa, resultando também em melhores sentimentos sobre si próprio e numa maior excitação sexual.

Sobre o papel das emoções na excitação sexual, vários estudos de natureza laboratorial (Abrahamson et al., 1985, Beck & Barlow 1986a, 1986b; Heiman & Rowland, 1983), têm demonstrado que os homens com disfunção erétil apresentam mais afeto negativo durante a exposição a estímulos sexuais, comparativamente a homens sem disfunção erétil.

Na mesma linha, Nobre, Wiegel, Bach, Weisberg, Brown, Wincze e Barlow (2004), observaram que, enquanto o afeto positivo apresentado durante a exposição a material erótico aparece significativamente correlacionado com a resposta sexual (excitação sexual fisiológica e subjetiva), o afeto negativo não mostrou estar correlacionado com a excitação sexual.

Para além dos estudos de teor laboratorial, os estudos baseados em medidas de auto-resposta, também apoiaram a associação entre o funcionamento sexual e o afeto negativo ou escassez de emoções positivas. Nobre e Pinto-Gouveia (2006b) estudaram o conteúdo da resposta emocional durante a atividade sexual e constataram que os homens com disfunção sexual relataram ter significativamente mais emoções de tristeza, desilusão, e medo e menos prazer e satisfação, comparativamente aos homens sexualmente saudáveis.

As hipóteses colocadas para este estudo, seriam de que o grupo de homens com disfunção erétil relatasse significativamente mais pensamentos negativos e significativamente menos pensamentos sexuais/eróticos comparativamente aos homens do grupo de controlo. Esperava-se também que os homens do grupo clínico relatassem significativamente mais afeto negativo e menos afeto positivo durante a exposição a filmes de natureza sexual.

Os resultados encontrados, no que diz respeito aos pensamentos apresentados, indicaram a existência de diferenças entre os homens com disfunção erétil, e os homens sem disfunção erétil, ao nível das seguintes dimensões de pensamentos: pensamentos sexuais, beleza da atriz, pensamentos de pecado, e distração negativa. Especificamente, os homens com disfunção erétil apresentaram valores significativamente inferiores na frequência de pensamentos sexuais e beleza da atriz e valores significativamente superiores na frequência de pensamentos perturbadores/pecado e distração cognitiva.

O facto dos resultados encontrados, validarem as hipóteses inicialmente colocadas, sobre as diferenças que se encontram ao nível do tipo de pensamentos encontrados nos homens com disfunção

erétil, comparativamente aos homens sem disfunção erétil, enfatiza em primeiro lugar, a importância do papel dos pensamentos na excitação sexual.

As cognições envolvem ideias, crenças, interpretações e expectativas. Estas, por serem únicas e individuais para cada pessoa, podem ser benéficas ou prejudiciais, dependendo do efeito que terão sobre as emoções e os comportamentos. O tipo de pensamentos que cada indivíduo gera sobre a sua sexualidade, vai condicionar não só a sua resposta sexual, mas naturalmente também, o nível de satisfação sexual que dela se pode obter. Torna-se assim mais fácil avançar com a explicação de que as expectativas referentes ao desempenho sexual, estejam bem alicerçadas numa visão correta do corpo, da resposta sexual e da relação sexual. Os homens com disfunção erétil, parecem evidenciar maiores dificuldades em estruturar pensamentos reforçadores e positivos, em detrimento de pensamentos mais centrados na frustração e no fracasso. No mesmo contexto, torna-se congruente admitir que a ocorrência de pensamentos negativos sobre os comportamentos sexuais pode levar ao aumento da ansiedade de desempenho, associada a uma diminuição da resposta sexual, e gerar comportamentos de evitamento da atividade sexual.

Os homens que se avaliam exclusivamente centrados no seu desempenho sexual, terão uma maior propensão para se avaliarem a si mesmos como sendo um fracasso. Este tipo de cognição, traduz-se muitas vezes em falta de confiança, para conseguir um bom desempenho e uma consequente baixa auto-estima.

No que diz respeito às emoções, os resultados encontrados, não validaram as hipóteses avançadas, apesar de terem possibilitado a constatação de que os homens com disfunção erétil, ao nível da vivência afetiva durante a exposição a estímulos sexuais, não se diferenciam de forma significativa, dos homens sem disfunção erétil. Foi no entanto possível observar uma diferença próxima do limiar de significância estatística ao nível do afeto positivo, nomeadamente aquando da exposição ao primeiro dos dois filmes apresentados.

Apesar dos resultados deste estudo não validarem as hipóteses, o estudo correlacional mostrou que o afeto desempenha um papel na determinação da resposta sexual subjectiva. Para além disso, estudos anteriores têm já demonstrado que os homens com disfunção erétil se distinguem dos homens sem disfunção, no que diz respeito às emoções vivenciadas durante as relações sexuais (Rowland, Tai & Slob, 2003). Da mesma forma, estudos de natureza laboratorial, constataram que quando comparados com os grupos de homens sem disfunção, os homens com disfunção erétil (e com ejaculação prematura) apresentam mais afeto negativo e menos afeto positivo, na resposta à estimulação erótica (Rowland, Cooper, e Heiman, 1995; Rowland, Cooper, & Slob, 1996).

Esta contextualização leva-nos a ponderar que os homens com disfunção erétil não são apenas afetados em termos da fisiologia da resposta sexual, mas também em termos emocionais. De uma forma geral, revelam-se mais introvertidos, com maiores dificuldades na expressão das suas emoções. Este padrão, inserido num contexto de conjugalidade, pode potenciar um distanciamento em relação às suas parceiras. Neste contexto, qualquer iniciativa de aproximação física, pode ser entendida como um fator

precipitante para um pedido ou desejo de relações sexuais, por parte das suas parceiras, ativando o foco cognitivo da sua incapacidade para conseguir uma ereção. Consequentemente, homens que são mais propensos a ter uma diminuição da sua resposta sexual estão também mais em risco de perder o seu interesse sexual bem como da capacidade de resposta erétil, especialmente quando imersos num contexto de afeto negativo.

O último estudo constituinte desta dissertação centrou-se na observação das diferenças na execução de uma tarefa Stroop entre homens com e sem disfunção erétil. O objetivo deste estudo, foi o de avaliar a ocorrência de um efeito Stroop (enviesamento cognitivo de origem emocional), durante a realização de uma tarefa num teste Stroop modificado.

A tarefa Stroop é utilizada como um bom parâmetro para avaliar a concentração da atenção, ou seja, a capacidade para seletivamente prestar atenção a estímulos específicos ou a aspetos de um estímulo e ignorar informações irrelevantes ao desempenho nessa tarefa (Van Zomeren & Brouwer, 1993).

No presente estudo, utilizou-se uma tarefa Stroop modificada, em que era pedido aos participantes que seleccionassem a cor da palavra apresentada num ecrã. As palavras estavam organizadas por categorias que eram apresentadas de forma aleatória. Era registado o tempo de latência que o sujeito levava para seleccionar cada uma das palavras.

A hipótese avançada para este estudo, foi a de que os homens com disfunção erétil, apresentariam um efeito de interferência, traduzido num maior tempo de latência na seleção da cor das palavras da categoria negativas específicas, por serem as mais diretamente relacionadas com o contexto da interação sexual.

Os resultados encontrados, não validaram completamente a hipótese em estudo, embora tenha sido possível constatar uma tendência dos participantes dos homens com disfunção erétil, para um efeito de interferência (efeito de Stroop), para a categoria das palavras mais relacionadas com contextos sexuais. De facto, os resultados apontaram para uma propensão entre os homens com disfunção erétil, para apresentarem um efeito Stroop nas categorias de palavras neutras e negativas específicas. Neste contexto, poderá ser de alguma forma coerente, considerar que os homens com disfunção erétil, apresentarão um enviesamento cognitivo no processamento de informação relevante para os contextos de interação sexual, pelo facto desta informação estar associada a estados emocionais de valência negativa e por isso, indutora de estados emocionais ansiógenos ou depressivos.

Os resultados deste estudo, apesar de não validarem a hipótese avançada, podem no entanto ser enquadrados num conjunto de estudos que utilizando várias amostras clínicas, não encontraram um efeito stroop estatisticamente significativo entre os grupos clínicos e os grupos de controlo (Bremner, Vermetten, Vythilingam, Afzal, Schmahl & Elzinga, 2004, Devineni, Blanchard, Hickling, & Buckley, 2004; Freeman & Beck, 2000; Naidich & Motta, 2000; Suozzi & Motta, 2004; Shin, Whalen, Pitman, Bush, Macklin & Lasko, 2001).

Numa síntese geral, a compilação de estudos apresentados nesta dissertação, reforça a importância dos fatores cognitivo-emocionais, na excitação sexual. Esta importância, tem implicações significativas

na prática clínica, na medida em que, os protocolos de intervenção para a disfunção erétil, devem incluir, para além da intervenção farmacológica, componentes psicoterapêuticas, que incluam a identificação e modificação das crenças e estados emocionais vivenciados pelos homens com disfunção erétil.

Capítulo VII
Referências Bibliográficas Gerais

- AACE Male Sexual Dysfunction Task Force. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the Evaluation and Treatment of Male Sexual Dysfunction: a couple's problem—2003 update. *Endocr Pract.* 2003;9:77-95.
- Abrahamson, D. J., Barlow, D. H., & Abrahamson, L. S. (1989). Differential effects of performance demand and distraction on sexually functional and dysfunctional males. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 241-247.
- Abrahamson, D. J., Barlow, D. H., Beck, J. G., Sakheim, D. K., & Kelly, J. P. (1985). The effects of attentional focus and partner responsiveness on sexual responding: Replication and extension. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 361-371.
- Abrahamson, D. J., Barlow, D. H., Sakheim, D. K., Beck, J. G., & Athanasiou, R. (1985). Effects of distraction on sexual responding in functional and dysfunctional men. *Behavior Therapy*, 16, 503–515.
- Abrahamson, D. J., Barlow, D. H., Sakheim, D. K., Beck, J. G., and Athanasiou, R. (1985). Effects of distraction on sexual responding in functional and dysfunctional men. *Behav. Ther.* 16: 503-515.
- Althof, S. E., Leiblum, S. R., Chevret-Measson, M., Hartmann, U., Levine, S. B., McCabe, M., Plaut, M., Rodrigues, O., & Wylie, K. (2005). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 793-800.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Ed., Text Revision). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (2000)
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- Amir, N, Freshman, M & Foa, E (2002) - Enhanced Stroop interference for threat in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* 16 (2002)1-9

- Anderson, B.L., Cyranowski, J.M. & Espindle, D. (1999) Men' s sexual self-schema, *Journal of Personality and Social Psychology*. 76, pp. 645± 661.
- Andersson, G & Haldrup, D (2003) - Personalized pain words and Stroop interference in chronic pain patients. *European Journal of Pain* 7 (2003) 431–438
- Araujo, A., Durante, R., Feldman, H., Goldstein, I., & McKinlay, J. (1998). The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: Cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 458-465.
- Arnold, A.. & Cheek, J. (1986). - Shyness, self-preoccupation and the Stroop colour and word test. *Personality and Individual Differences*, 7, 571-573.
- Aubin, S., Heiman, J. R., Berger, R. E., Murallo, A. V., & Yung-Wen, L. (2009). Comparing sildenafil alone vs. sildenafil plus brief couple sex therapy on erectile dysfunction and couples' sexual and marital quality of life: A pilot study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35, 122-143.
- Baker, C, & De Silva, P. (1988). The relationship between male sexual dysfunction and belief in Zilbergeld's myths: An empirical investigation. *Sexual and Marital Therapy*, 3, 229-238.
- Bancroft, J., & Coles, L. (1976). Three years' experience in a sexual problem clinic. *British Medical Journal*, 1, 1575-1577.
- Bancroft, J. (1999). Central inhibition of sexual response in the male: A theoretical perspective. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23, 763-784.
- Bancroft, J., Carnes, L., Janssen, E., Goodrich, D., & Scott Long, J. (2005). Erectile and ejaculatory problems in gay and heterosexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 285-297.
- Bancroft, J., Graham, C. A., Janssen, E., & Sanders, S. A. (2009). The dual control model: Current status and future directions. *Journal of Sex Research*, 46, 121-142.
- Bancroft, J., Herbenick, D., Barnes, T., Hallam-Jones, R., Wylie, K., Janssen, E., et al. (2005). The relevance of the dual control model to male sexual dysfunction: The Kinsey Institute/BASRT collaborative project. *Sexual and Relationship Therapy*, 20, 13–30.
- Bancroft, J., & Janssen, E. (2001) Psychogenic erectile dysfunction in the era of pharmacotherapy: A

theoretical approach. In J. Mulcahy (Ed.). *Male sexual function: A guide to clinical management*. Totowa, NJ: Humana Press, 79-89.

- Bancroft, J., & Janssen, E. (2000). The dual control model of male sexual response: A theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 571–579.
- Bancroft, J., Janssen, E., Carnes, L., Goodrich, D., Strong, D., & Long, J. S. (2004). Sexual activity and risk taking in young heterosexual men: The relevance of sexual arousability, mood, and sensation seeking. *Journal of Sex Research*, 41, 181–192.
- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., Carnes, L., Vukadinovic, Z., & Long, J. S. (2003). Sexual risk-taking in gay men: The relevance of sexual arousability, mood, and sensation seeking. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 555–572.
- Bancroft, J., & Mathews, A. M. (1971). Autonomic correlates of penile erection. *Journal of Psychosomatic Research*, 15, 159-167.
- Banner, L., & Anderson, R. (2007). Integrated sildenafil behavior sex therapy for psychogenic erectile dysfunction: A pilot study. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 1117-25
- Barch D, Sabb F, Braver T, & Noll D. (2000) The anterior cingulate cortex and response competition: evidence from an fMRI study of overt verb generation. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 12: 298–305.
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Barlow, D. H., Sakheim, D. K., & Beck, J. G. (1983). Anxiety increases sexual arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 49-54.
- Basson Rosemary. (1998). Integrating new biomedical treatments into the assessment and management of erectile dysfunction. *Can J Hum Sex*.1998;7(3):213–229.
- Beck, A., Emery, G. & Greenberg, R. (1986). Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective.

- Beck, J. G., and Barlow, D. H. (1986a). The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding -- I: Physiological patterns in erectile dysfunction. *Behav. Res. Ther.* 24: 9-17.
- Beck, J. G., and Barlow, D. H. (1986b). The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding -- II: Cognitive and affective patterns in erectile dysfunction. *Behav. Res. Ther.* 24: 19-26.
- Beck, J. G., Barlow, D. H., & Sakheim, D. K. (1982). Sexual arousal and suppression patterns in functional and dysfunctional men. In *Actas Annual Meeting of APA*, Washington, DC.
- Beck, J. G., Barlow, D. H., Sakheim, D. K., & Abrahamson, D. J. (1984). A cognitive processing account of anxiety and sexual arousal: The role of selective attention, thought content, and affective states. In *Actas Annual Meeting of APA*, Toronto.
- Beck, J. G., Barlow, D. H., Sakheim, D. K., & Abrahamson, D. J. (1987). Shock threat and sexual arousal: The role of selective attention, thought content, and affective states. *Psychophysiology*, 24, 165-172.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bhui, K., Herriot, P., Dein, S., & Watson, J. P. (1994). Asians presenting to a sex and marital therapy clinic. *International Journal of Social Psychiatry*, 40, 194-204.
- Both S, Laan E, and Everaerd W. (2011) - Focusing “hot” or focusing “cool”: Attentional mechanisms in sexual arousal in men and women. *Journal of Sexual Medicine*; 8:167–179.
- Braver T, Barch M, Gray J, Molfese D, & Snyder A. (2001) - Anterior cingulate cortex and response conflict: effects of frequency, inhibition and errors. *Cerebral Cortex* , 11: 825–836.
- Burchardt M, Burchardt T, Anastasiadis AG, Kiss AJ, Shabsigh A, de La Taille A, et al. (2001) - Erectile dysfunction is a marker for cardiovascular complications and psychological functioning in men with hypertension. *International Journal Impotence Research*. 13:276-281.
- Burgess, I., Jones, L., Robertson, S., Radcliffe, W., Emerson, E., Lawler, P., & Crow, T. (1981). The

degree of control exerted by phobic and non-phobic verbal stimuli over the recognition behaviour of phobic and non-phobic participants. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 223-234.

Byrne, D., & Schulte, L. (1990). Personality dispositions as mediators of sexual responses. In J. Bancroft (Ed.). *Annual Review of Sex Research*, 1, 93-117.

Carey, M. P., Wincze, J. P., & Meisler, A. W. (1993). Sexual dysfunction: Male erectile disorder. In D. H. Barlow (Eds.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step by step treatment manual* (2nd ed., pp.

Carpenter, D., Janssen, E., Graham, C., Vorst, H., & Wicherts, J. (2008). Women's scores on the Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales (SIS/SES): Gender similarities and differences. *Journal of Sex Research*, 45, 36-48.

Carson, C. C., & Dean, J. D. (2007). *Management of erectile dysfunction in clinical practice*. London: Springer.

Carter C, Braver T, Barch D, Botvinick M, Noll D, & Cohen J. (1998) - Anterior cingulate cortex, error detection, and the online monitoring of performance. *Science*, 280: 747–7 49, 1998

Carter, C., Maddock, R. & Magliozzi, J. (1992). Patterns of abnormal processing of emotional information in panic disorder and major depression. *Psychopathology*, 25, 655-70.

Carvalheira, A. A., Pereira, N. M., Maroco, J., & Forjaz, V. (2012). Dropout in the treatment of erectile dysfunction with PDE5: A study on predictors and a qualitative analysis of reasons for discontinuation. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 2361-2369.

Carvalho, J. & Nobre, P. (2011). Biopsychosocial determinants of men's sexual desire: Testing an integrative model. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 754-763.

Carvalho, J., & Nobre, P. (2010). Predictors of men's sexual desire: The role of psychological, cognitive-emotional, relational, and medical factors. *The Journal of Sex Research*, 47, 1-9.

Carvalho, J., & Nobre, P. (2010a). Predictors of women's sexual desire: The role of psychopathology, cognitive-emotional determinants, relationship dimensions, and medical factors. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 928-937.

- Caspari, D., Huebgen, E. M., & Derouet, H. (1999). Interdisciplinary assessment and followup of patients with erectile dysfunction- psychiatric aspects. *International Journal of Impotence Research*, 11, 213-217.
- Cassiday, K., McNally, R., & Zeitlin, S. (1992). Cognitive processing of trauma cues in rape victims with post-traumatic stress disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 283-295.
- Christensen, B. S., Grønbaek, M., Osler, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2010). Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 121-32.
- Chung W, Sohn J, & Park Y. (1999) - Is obesity an underlying factor in erectile dysfunction? *European Urology*. 36(1):68-70,
- Cisler, J, Wolitzky-Taylor, K, Adams Jr, T, Babson, K, Badour, C, & Willems, J (2011) - The emotional Stroop task and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 31 817–828.
- Clark, D. (1988). A cognitive model of panic attacks. In S. Rachman & J. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 71-89). Hillsdale, N J: Erlbaum.
- Cohen, J., Dunbar, K., & McClelland, J. (1990). On the control of automatic processes: A parallel distributed processing account of the Stroop effect. *Psychological Review*, 97, 332-361
- Cothran, D., & Larsen, R. (2008). Comparison of Inhibition in Two Timed Reaction Tasks: The Color and Emotion Stroop Tasks. *The Journal of Psychology*, 142(4), 373–385.
- Cranston-Cuebas, M. A., & Barlow, D. H. (1990). Cognitive and affective contributions to sexual functioning. *Annual Review of Sex Research*, 1, 119-161.
- De Ruiter, C & Brosschot, J (1994) - The emotional Stroop interference effect in anxiety: attentional bias or cognitive avoidance? *Behav. Res. Ther.* Vol. 32, No. 3, pp. 315-319.
- Dove, N. L., & Weideman, M. W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 67–78.
- Elliot, A. N., & O'Donohue, W. T. (1997) - The effects of anxiety and distraction on sexual arousal in a

nonclinical sample of heterosexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 607–624.

Farkas, G. M., Sine, L. F., & Evans, I. M. (1979). The effects of distraction, performance demand, stimulus explicitness and personality on objective and subjective measures of male sexual arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 25–32.

Feldman, H. A., Goldstein, .I, Hatzichristou, D. G., Krane, R. J., & McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal of Urology*, 151, 54-61.

Fine, S. (2004) - Erectile Dysfunction and Comorbid Diseases, Androgen Deficiency, and Diminished Libido in Men. *The Journal of the American Osteopathic Association*, January, Vol. 104, 9S-15S.

Fisher. W, Meryn S., Sand M, Brandenburg U, Buvat J, Mendive J, Scott S, Tailor, A & Torres, L (2005) - Communication about erectile dysfunction among men with ED, partners of men with ED, and physicians: The Strike Up a Conversation Study (Part I).*The Journal of Men's Health & Gender*. Volume 2, Issue 3, September 2005, Pages 309 –309.

Foa, E., & McNally, R. (1986). Sensitivity to feared stimuli in obsessive-compulsives: A dichotic listening analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 477-486.

Foa, E., Feske, U., Murdock, T., Kozak, M. & McCarthy, P. (1991). Processing of threat-related information in rape victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 156-162.

Fonseca, L., Figueiredo, M., & Nobre, P. (2003). As terapias sexuais: Novos desenvolvimentos das abordagens psicológicas. In Fonseca, L., Soares, C., & Machado Vaz, J. (Eds.). *A sexologia: Perspectiva multidisciplinar I* (pp. 291-358). Coimbra: Quarteto Editora.

Galinha I, & Pais-Ribeiro J. (2005) - Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II—Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*; 2:219–27

Geer, J., & Fuhr, R. (1976). Cognitive factors in sexual arousal: The role of distraction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 238-243.

Goldfarb, L., Gerrard, M., Gibbons, F. X., & Plante, T., (1988). Attitudes toward sex, arousal, and the retention of contraceptive information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55,634-641.

- Goldstein, I. (2000) - The mutually reinforcing triad of depressive symptoms, cardiovascular disease, and erectile dysfunction. *The American Journal of Cardiology*. Volume 86, Issue 2, Supplement 1, 20 July, Pages 41–45.
- Goldstein, I. (2004). Diagnosis of Erectile Dysfunction. *Sexuality and Disability*, 22, 121-130.
- Gomes, F. A., Fonseca, L., & Gomes, A. A. (1997). Comorbilidade psiquiátrica nas disfunções sexuais. *Acta Portuguesa de Sexologia*, 1, 17-20.
- Gotlib, I. H., & McCann, C. D. (1984). Construct accessibility and depression: An examination of cognitive and affective factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 427-439.
- Graham, C. A., Sanders, S. A., & Milhausen, R. R. (2006). The Sexual Excitation and Sexual Inhibition Inventory for Women: Psychometric properties. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 397-410.
- Gross, T. M., Jarvik, M. E. & Rosenblatt, M. R. (1993). Nicotine abstinence produces content-specific Stroop interference. *Psychopharmacology*, 110, 333-336.
- Gruen, I., Shenfeld, D., & Chen, J. (2006). Positive effects of counseling and close adjustment in patients with erectile dysfunction who failed treatment with sildenafil. *European Urology*, 50, 134-140.
- Hatzimouratidis, K., & Hatzichristou, D. (2007). Sexual dysfunctions: Classifications and definitions. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 241–250.
- Hawton, K. (1982). The behavioral treatment of sexual dysfunction. *British journal of psychiatry*, 140, 94-101.
- Hawton, K. (1985). Sex therapy: A practical guide. Northvale, NJ: Aronson
- Hawton, K. Salkovskis, P.M., Kirk, J. & Clark, D.M. (1989) *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide* (Oxford, Oxford University Press).
- Heiman, J. R., & LoPiccolo, J. (1988). Becoming orgasmic: A sexual and personal growth program for women (Rev. ed.). New York: Prentice-Hall.
- Heiman, J. R., & Rowland, D. L. (1983). Affective and physiological sexual response patterns: The

effects of instructions on sexually functional and dysfunctional men. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 105-116.

Henson, D. R., & Rubin, H. B. (1971). Voluntary control of eroticism. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 4, 37-44.

Holle, C., Neely, J. & Heimberg, R. (1997). The effects of blocked versus random presentation and semantic relatedness of stimulus words in response to a modified Stroop task among social phobics. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 681-697.

Hoon, P., Wincze, J. P., & Hoon, E. F. (1977). A test of reciprocal inhibition: Are anxiety and sexual arousal in women mutually inhibitory? *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 65-74.

Hope, D., Rapee, R., Heimberg, R. & Dombeck, M. (1990). - Representation of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 477-485.

Jannini, E. A., McCabe, M. P., Salonia, A., Montorsi, F., & Sachs, B. D. (2010). Organic vs. psychogenic? The Manichean diagnosis in sexual medicine. *The Journal of Sexual Medicine*, 7, 1726-1733.

Janssen E, Carpenter D, Graham C. Selecting films for sex research: Gender differences in erotic films preference. *Arch Sex Behav* 2003;32:243–51.

Janssen, E. & Bancroft, J. (2007). The dual control model: The role of sexual inhibition and excitation in sexual arousal and behavior. In E. Janssen (Ed.). *The psychophysiology of sex* (pp. 197–222). Bloomington: Indiana University Press.

Janssen E, Vissenberg M, Visser S, Everaerd W. An in vivo comparison of two circumferential penile strain gauges: Introducing a new calibration method. *Psychophysiology* 1997;34:717–20

Janssen, E., Vorst, H., Finn, P., & Bancroft, J. (2002a). The sexual inhibition (SIS) and sexual excitation (SES) scales: I. Measuring sexual inhibition and excitation proneness in men. *The Journal of Sex Research*, 39, 114–126.

Janssen, E; McBride, K; Yarber, W; Hill, B; & Butler, S (2008) - Factors that Influence Sexual Arousal in Men: A Focus Group Study. *Arch Sex Behav* (2008) 37:252–265.

Jones, J. & Barlow, D. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*,

Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Kertzman, S, Reznik, I, Hornik-Lurie, T, Weizman, A, Kotler, M, & Amital, D (2009) - Stroop performance in major depression: Selective attention impairment or psychomotor slowness? *Journal of Affective Disorders* 122 (2010) 167-173.

Kimble, M, B. Frueh, B, & Marks, L (2009) - Does the modified Stroop effect exist in PTSD? Evidence from dissertation abstracts and the peer reviewed literature. *Journal of Anxiety Disorders* 23 650–655.

Klein, G. (1964). Semantic power measured through the interference of words with color naming. *American Journal of Psychology*, 77, 576-588.

Klieger, D. & Cordner, M. (1990). The Stroop task as measure of construct accessibility in depression. *Personality and Individual Differences*, 11,19-27.

Klinger, E., Barter, S., & Maxeiner, M. (1981). Current concerns assessing therapeutic relevant motivation. In P. C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.), *Assessment strategies for cognitive behavioural interventions* (pp. 161-196). New York: Academic Press.

Koukounas, E., & McCabe, M. P. (2001). Sexual and emotional variables influencing sexual response to erotica: A psychophysiological investigation. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 393-408.

Kramer, D. & Goldman, M. (2003). Using a modified Stroop task to implicitly discern the cognitive organization of alcohol expectancy. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 171-175.

Kubin, M.; G Wagner, G.;& Fugl-Meyer, A. (2003) - Epidemiology of erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research* 15, 63–71.).

Laan, E., Everaerd, W., van Aanhoud, M., & Rebel, M. (1993). Performance demand and sexual arousal in women. *Behavior Research and Therapy*, 31, 25–35.

Lange, J. D., Wincze, J. P., Zwick, W., Feldman, S., & Hughes, P. (1981). Effects of demand for performance, self-monitoring of arousal, and increased sympathetic nervous system activity on male erectile response. *Archives of Sexual Behavior*, 10, 443-463.

- Laumann, Gagnon, Michael, e Michaels (1992) - National Health and Social Life Survey, 1992. Inter-University Consortium for Political and Social Research. University of Chicago.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *The Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.
- Lavy, E., Oppen, P., & Hout, M. (1994). Selective processing of emotional information in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 243-246.
- Laws, D. R. & Rubin, H. B. (1969). Instructional control of an autonomic response. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 2, 93-99.
- Lewis, R. (2001) - Epidemiology of erectile dysfunction. *Urologic Clinics of North America*. Volume 28, Issue 2, 1 May, Pages 209–216.
- Logan, A. & Goetsch, V. (1993). Attention to external threat cues in anxiety states. *Clinical Psychology Review*, 13, 541-559.
- Lue, T. F., Giuliano, F., Montorsi, F., Rosen, R. C., Andersson, K. E., Althof, S., Christ, G., Hatzichristou, D., Hirsch, M., Kimoto, Y., Lewis, R., McKenna, K., Macmahon, C., Morales, A., Mulcahy, J., Nathan, P. H., Pryor, J., Tejada, I. S., Shabsigh, R., Wagner, G. (2004). Summary of recommendations on sexual dysfunctions in men. *The Journal of Sexual Medicine*, 1, 6-23.
- Mannino DM, Klevens RM, Flanders WD. Cigarette smoking: an independent risk fator for impotence? *American. Journal of Epidemioogyl*;140: 1003–1008
- Markela-Lerenc, J, Kaiser, S, Fiedler, P, Weisbrod, M, & Mundt, C (2006) - Stroop performance in depressive patients: A preliminary report. *Journal of Affective Disorders* 94 261–267.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Mathews, A. M., & MacLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. *BehaviourResearch and Therapy*, 23, 563-569. Mathews, A. M., & MacLeod, C. (1986). Discrimination of threat cues without awareness in anxiety states. *Journal ofA bnormal Psychology*, 95, 131-138.

- Mathews, A., & MaLeod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorders. *Annual Review of Psychology*, 45, 25-50.
- Mattia, J., Heimberg, R. & Hope, D. (1993). The revised Stroop color-naming task in social phobics. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 305-313.
- Mavissakalian, M., Blanchard, E. B., Abel, G. G., & Barlow, D. H. (1975). Responses to complex erotic stimuli in homosexual and heterosexual males. *British Journal of Psychiatry*, 126, 252-257.
- McNally R, English G, Lipke H. (1993) - Assessment of intrusive cognition in PTSD: use of the modified Stroop paradigm. *J Trauma Stress* 1993;6:33–41.
- McNally, R, Amir, N., Louro, C., Lukach, B., Riemann, B., & Calamari, J. (1994). Cognitive processing of idiographic emotional information in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 119-122.
- McNally, R., Riemann, B. & Kim, E. (1990). Selective processing of threat cues in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 407-412.
- McNeil, D., Ries, B., Taylor, L., Boone, M., Carter, L., Turk, C. & Lewin, M. (1995). Comparison of social phobia subtypes using Stroop tests. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 47-57.
- Meisler, A & Carey, M (1991) - Depressed Affect and Male Sexual Arousal. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 20, No. 6, 1991
- Melcher, T & Gruber, O (2009) - Decomposing interference during Stroop performance into different conflict factors: An event-related fMRI study. *Cortex* 45 (2009) 189–200.
- Mercer, C. H., Fenton, K. A., Johnson, A. M., Wellings, K., Macdowall, W., McManus, S., Nanchahal, K., & Erens, B. (2003). Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: National probability sample survey. *British Medical Journal*, 327, 426-427.
- Meston C, Gorzalka B.(1996) - Differential effects of sympathetic activation on sexual arousal in sexually dysfunctional and functional women. *J Abnorm Psychol*. 1996 Nov;105(4):582-91
- Metz, M. E., & McCarthy, B. W. (2005). *A biopsychosocial, integrative couples approach to assess,*

treat, and prevent relapse of male sexual dysfunction. In Actas 30th Annual Meeting of The Society for Sex Therapy and Research, Boston, USA.

Meuleman, E. (2002) - Prevalence of erectile dysfunction: need for treatment? *International Journal of Impotence Research* (2002) 14, Suppl 1, S22–S28.

Milhausen, R. R., Graham, C. A., Sanders, S. A., Yarber, W. L., & Maitland, S. B. (2010). Validation of the sexual excitation/sexual inhibition inventory for women and men. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 1091-1104.

Mitchell, B.; DiBartolo P.; Brown, T.; & Barlow, D. (1998) - Effects of Positive and Negative Mood on Sexual Arousal in Sexually Functional Males. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 27, No. 2, 1998

Mogg, K. & Marden, B. (1990). Processing of emotional information in anxious subjects. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 227-229

Mogg, K., Mathews, A. M., Bird, C., & MacGregor-Morris, R. (1990). Effects of stress and anxiety on the processing of threat stimuli. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1230-1237

Moritz, S, Jacobsen, D, Kloss, M, Fricke, S, Rufer, M, & Hand, I (2004) - Examination of emotional Stroop interference in obsessive–compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 42 (2004) 671–682.

Nobre, P & Pinto-Gouveia, J (2000) - Erectile dysfunction: an empirical approach based on Beck's cognitive theory. *Sexual and Relationship Therapy*, Vol . 15 , No . 4, 2000

Nobre, P (2006) – Disfunções sexuais. Ed. Climepsi.2006.

Nobre, P. J. (2003). Disfunções Sexuais: Contributos para a Construção de um Modelo Compreensivo Baseado na Teoria Cognitiva, dissertação para Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Nobre, P. J. (2010). Psychological Determinants of Erectile Dysfunction: Testing a Cognitive-Emotional Model. *The Journal of Sexual Medicine*, 7, 1429-1437.

Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006a). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*, 43, 68-75.

- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006b). Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 491-499.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional males and females. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 32, 37-49.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2009). Cognitive schemas associated with negative sexual events: A comparison of men and women with and without sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 842-851.
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F. A. (2006). Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 32, 173-182.
- Nobre, P., Wiegel, M., Bach, A., Weisberg, R., Brown, T., Wincze, J., & Barlow, D. H. (2004). Determinants of sexual arousal and the accuracy of its self-estimation in sexually functional males. *Journal of Sex Research*, 41, 363-371.
- Oatley, K., & Johnson-Laird, P. N. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and Emotion*, 1, 29-50.
- Oliveira C, Laja P, Carvalho J, Quinta Gomes A, Vilarinho S, Janssen E, & Nobre P. (2014). Predictors of Men's Sexual Response to Erotic Film Stimuli: The Role of Affect and Self-Reported Thoughts. *The Journal of Sexual Medicine*. Volume 11, Issue 11, pages 2701-2708.
- Palace E, Gorzalka B (1990) - The enhancing effects of anxiety on arousal in sexually dysfunctional and functional women. *J Abnorm Psychol*. 1990 Nov;99(4):403-11.
- Panser LA, Rhodes T, Girman CJ, Guess HA, Chute CG, Oesterling JE, Lieber MM, Jacobsen SJ. Sexual function of men ages 40 to 79 years: the Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men. *J. Am. Geriatr. Soc* 1995;43:1107-1111.
- Panzeri M., Dèttore D., Altoè G., Zanella F., Baldetti M., Janssen E. (2008): Factor structure of the Italian Sexual Inhibition/Excitation (SIS/SES) Scales. *Sexologies*, 17 (Suppl. 1), S54.
- Parkinson, L., & Rachman, S. (1981). Intrusive thoughts: The effects of an uncontrived stress. *Advances*

in Behaviour Research and Therapy, 3, 111-118.

Peixoto, M., & Nobre, P. (2012). Trait-affect, depressed mood, and male sexual functioning: A preliminary study. *Journal of Sexual Medicine*, 9(8), 2001-2008.

Peterson, Z. D., Janssen, E., & Heiman, J. R. (2010). The association between sexual aggression and HIV risk behavior in heterosexual men. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 538-556.

Phelps, J., Jain, A., & Monga M. (2004). The PsychEdPlusMEd approach to erectile dysfunction: The impact of combining a psychoeducational intervention with sildenafil. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 30, 305-14.

Powell, M., & Hemsley, D. (1984). Depression: A breakdown of perceptual defence? *British Journal of Psychiatry*, 145, 358-362.

Price & Hanson (2007) - A modified Stroop task with offenders: Replication of a study. *Journal of Sexual Aggression* (November 2007), Vol. 13, No. 3, pp. 203-216

Przybyla, D. P. J., & Byrne, D. (1984). The mediating role of cognitive processes in selfreported sexual arousal. *Journal of Research in Personality*, 18, 54-63.

Quinta Gomes, A & Nobre, P (2014) Prevalence of Sexual Problems in Portugal: Results of a Population-Based Study Using a Stratified Sample of Men Aged 18 to 70 Years, *The Journal of Sex Research*, 51:1, 13-21.

Quinta Gomes, A. L. & Nobre, P. J. (2011). Personality traits and psychopathology on male sexual dysfunction: An empirical study. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 461-469.

Quinta Gomes, A. L. & Nobre, P. J. (2012b). The International Index of Erectile Function (IIEF-15): Psychometric properties of the Portuguese version. *Journal of Sexual Medicine*, 9, pp. 180-187.

Quinta Gomes, A. L., & Nobre, P. J. (2009). The role of personality dimensions, trait affect and psychopathology on male sexual dysfunction. In *Actas 19th WAS World Congress for Sexual Health*, Goteborg, Sweden.

Quinta Gomes, A. L., & Nobre, P. J. (2012). Early maladaptive schemas and sexual dysfunction in men. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 311-320.

- Raymond C. Rosen,(2001) - Psychogenic Erectile Dysfunction : Classification and Management.
Urologic Clinics of North America. Volume 28, Issue 2, 1 May 2001, Pages 269–278
- Renshaw, D. C. (1988). Profile of 2376 patients treated at Loyola Sex clinic between 1972 and 1987.
Sexual and Marital Therapy, 3, 111-117.
- Richards J, Bridger B, Wood M, Kalucy R, Marshall V. (1985) - A controlled investigation into the measurement properties of two circumferential penile strain gauges. *Psychophysiology*; 22:568–71. 44
- Richters, J., Grulich, A. E., de Visser, R. O., Smith, A. M. A., & Rissel, C. E. (2003). Sex in Australia: Sexual difficulties in a representative sample of adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27, 164-170.
- Rosen, C.R., Leiblum, S.R. & Spector, I.P. (1994) Psychologically based treatment for male erectile disorder: a cognitive interpersonal model, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20, pp. 67± 85.
- Rosen, R. C. (2000). Medical and psychological interventions for erectile dysfunction: Toward a combined treatment approach. In S. R. Leiblum & R. C. Rosen (Eds.). *Principles and practice of sex therapy* (3rd Ed.). (pp. 276-304). New York: Guilford Press.
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49, 822-830.
- Rowland, D. L., Cooper, S. E., & Slob, A. K. (1996). Genital and psychoaffective response to erotic stimulation in sexually functional and dysfunctional men. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 194-203.
- Rowland, D., Cooper, S. & Heiman, J.R. (1995). A preliminary investigation of affective and cognitive response to erotic stimulation in men before and after sex therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 21, 3-20.
- Saigal, C; Wessells, H.; Pace,J.; Schonlau, M.; Wilt, T. (2006) - Dysfunction in a racially diverse population. *Arch Intern Med*. 2006;166(2):207-212,

- Sakheim, D. K., (1984). Waking assessment of erectile potential: The validation of a laboratorial procedure to aid in the differential diagnosis of psychogenic and organic impotence. Dissertação de Doutorado não publicada. State University of New York, University at Albany.
- Sanders, S. A., Graham, C. A., & Milhausen, R. R. (2008). Predicting sexual problems in women: The relevance of sexual excitation and sexual inhibition. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 241–251.
- Sbrocco, T, Weisberg, R. B., & Barlow, D. H. (1992). Sexual Dysfunction Interview (SDI). Unpublished stmctured interview, Boston University, Center for Anxiety and Related Disorders, MA
- Sbrocco, T., Barlow, D. H. (1996). Conceptualizing the cognitive component of sexual arousal: Implications for sexuality research and treatment. In P. Salkovskis (Ed.) *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 419-449). New York: The Guilford Press.
- Sbrocco, T., Weisberg, R., Barlow, D.H. & Carter, M. (1997) The conceptual relationship between panic disorder and male erectile dysfunction, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 23, pp. 212± 220.
- Scheibe, K., Shaver, P., & Carrier, N. (1967). Colour association values and response interference on variants of the Stroop test. *Acta Psyehologica*, 26. 286-295.
- Seftel, A., Sun, P., Swindle, R., (2004) - The Prevalence of Hypertension, Hyperlipidemia, Diabetes Mellitus and Depression in men with Erectile Dysfunction. *The Journal of Urology*. Volume 171, Issue 6, Part 1, June 2004, Pages 2341–2345
- Segal, Z., Truchon, C., Horowitz, L., Gemar, M., & Guirguis, M. (1995). A priming methodology for studying self-representation in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 205-213.
- Segraves, R. T. (2010). Considerations for diagnostic criteria for erectile dysfunction in DSM-V. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 654–671.
- Seidman, S., & Roose, S. (2000). The relationship between depression and erectile dysfunction. *Current Psychiatry Reports*, 2, 201-205.
- Shabsigha, R., Kleina, L., Seidmana, S., Kaplana, S., Lehrhoffa, B., & Rittera, J. (1998) - Increased incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction. *Urology*. Volume 52, Issue 5, November 1998, Pages 848–852.

- Sigre-Leirós, V., Carvalho, J., & Nobre, P. J. (2016). The sexual thoughts questionnaire: Psychometric evaluation of a measure to assess self-reported thoughts during exposure to erotica using sexually functional individuals. *Journal of Sexual Medicine*, 13(5), 876-884. doi:10.1016/j.jsxm.2016.02.162
- Simons, J. S., & Carey, M. P. (2001). Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 177-219,
- Soares, C. & Nobre, P. (2013). Sexual problems, cultural beliefs, and psychosexual therapy in Portugal. In K. Hall & C. Graham (Eds.). *The cultural context of sexual pleasure and problems: Psychotherapy with diverse clients* (pp. 278-306). New York: Routledge.
- Stone J, Clark R, Sbrocco T,& Lewis E. (2009) - The Effects of False Physiological Feedback on Tumescence and Cognitive Domains in Sexually Functional and Dysfunctional Men. *Archives of Sexual Behavior*. Aug; 38(4):528-537
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662
- Seidman, S.; Roose, S.; Menza, M.; Shabsigh, R. & Rosen, R. (2001) - Treatment of Erectile Dysfunction in Men With Depressive Symptoms: Results of a Placebo-Controlled Trial With Sildenafil Citrate. *The American Journal of Psychiatry*. Volume 158 Issue 10, October, pp. 1623-1630.
- Teles, A., Carreira, M., Alarcão, V., Aragués, J., Lopes, L., Mascarenhas, M., & Costa, J. - (2008). Prevalence, severity, and risk factors for erectile dysfunction in a representative sample of 3,548 Portuguese men aged 40 to 69 years attending primary healthcare centers: Results of the Portuguese erectile dysfunction study. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1317-1324.
- Tiefer, L. (1996). The medicalization of sexuality: Conceptual, normative and professional issues. *Annual Review of Sex Research*, 7, 252-282.
- van Lankveld, J. & van den Hout, M (2004) - Increasing Neutral Distraction Inhibits Genital but not Subjective Sexual Arousal of Sexually Functional and Dysfunctional Men. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 33, No. 6, December 2004, pp. 549–558.

- Varjonen, M., Santtila, P., Höglund, M., Jern, P., Johansson, A., Wager, I., Witting, K., Algars, M., & Sandnabba, N. K. (2007). Genetic and environmental effects on sexual excitation and sexual inhibition in men. *Journal of Sex Research*, 44, 359-369.
- Vendeira, P. (2003). Terapêutica da disfunção erétil. In L. Fonseca, C. Soares, & J. Machado Vaz, J. (Eds.). *A sexologia: Perspectiva multidisciplinar I* (pp. 197-220). Coimbra: Quarteto Editora.
- Vendeira, P., Pereira, N. M., Tomada, N., & Macedo, A. (2005). *Episex-PT: Prevalência da disfunção sexual masculina em Portugal*. Manuscrito não publicado. Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Ventegodt S. (1998) - Sex and the quality of life in Denmark. *Arch. Sex. Behav.* 27:295–307).
- Viglietta, M. B. (1982). The effects of anxiety versus distraction on sexual arousal in males. Dissertação de Doutoramento não publicada. State University of New York, University at Albany.
- Vilar, D. (2010). Desempenho Sexual – Satisfação e Problemas (2010). In P. M. Ferreira & M. V. Cabral (Coord.) *Sexualidades em Portugal: Comportamentos e Riscos* (pp. 201-230). Bizâncio, Lisboa.
- Waters, A., & Feyerabend, C. (2000). Determinants and effects of attentional bias in smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14 111-120.
- Watson, D., Clark, L., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-333.
- Watts, E N., McKenna, E P., Sharrock, R., & Trezise, L. (1986). Col- our naming of phobia-related words. *British Journal of Psychology*, 77, 97-108.
- Wertz, J. & Sayette, M. (2001). Effects of smoking opportunity on attentional bias in smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 268-271.
- Willebrand, M, Norlund, F, Kildal, M, Gerdin, B, Ekselius, L, & Andersson, G (2008) - Cognitive distortions in recovered burn patients: the emotional Stroop task and autobiographical memory test. *Burns* 28 (2002) 465-471
- Williams, J., Mathews, A., & Mcleod, C (1996) - The Emotional Stroop Task and Psychopathology. *Psychological Bulletin*. Vol. 120, No. 1,3-24

Wincze, J. P., & Barlow, D. H. (1997). Enhancing sexuality: A problem solving approach. Client workbook. San Antonio, TX: Graywind Publications.

Wincze, J. P., & Carey, M. P. (2001). *Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment* (2nd Ed.). New York: The Guilford Press.

Wolchik, S. A., Beggs, V. E., Wincze, J. P. Sakheim, D. K., Barlow, D. H., Mavissakalian, M. (1980). The effect of emotional arousal on subsequent sexual arousal in men. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 595-598.

Zilbergeld, B. (1999). The new male sexuality: (rev. ed). New York: Batam

Anexos

Entrevista de Avaliação de Disfunções Sexuais (Versão Masculina)

Questionário SIS/SES (Versão Masculina)

Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS)

Índice Internacional de Função Erétil

Questionário de Pensamentos Sexuais

**ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DE DISFUNÇÕES
SEXUAIS**

(Sbrocco, Weisberg, & Barlow, 1992)

SDI

**VERSÃO MASCULINA
(REDUZIDA)**

**(Tradução e Adaptação de P. Nobre, A. Carvalheira, & L.
Fonseca, 2003)**

DADOS BIOGRÁFICOS

<p>Nome: _____</p> <p>Morada: _____</p> <p>Telefone: (casa) _____</p> <p style="padding-left: 40px;">(trabalho) _____</p> <p>Consentimento informado? Sim Não</p> <p>Data de nascimento (idade): _____</p> <p>Etnia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caucasiano 2. Negro 3. Asiático 4. Latino-Americano 5. Ilhas do Pacífico 6. Nativos Americanos 7. Outras _____ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 35%;">Estado Civil</td> <td style="width: 15%;">Data:</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>1. Solteiro</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Relação de namoro</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Co-habitação</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Casado</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Separado</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Divorciado</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Viúvo</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Outro</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> </table> <p>Número de casamentos anteriores: _____</p> <p>Datas: _____</p> <p>Religião: _____ Praticante: _____</p> <p>Parceiro: _____ Praticante: _____</p>	Estado Civil	Data:		1. Solteiro	_____		Relação de namoro	_____		2. Co-habitação	_____		3. Casado	_____		4. Separado	_____		5. Divorciado	_____		6. Viúvo	_____		7. Outro	_____		<p>Data da entrevista: _____</p> <p>Entrevistador: _____</p> <p>Indicação de consulta _____</p> <p>Idade do parceiro: _____</p> <p>Habilitações literárias: ____ (número de anos)</p> <p style="padding-left: 40px;">_____ (grau mais elevado)</p> <p>Ocupação: _____ (presente)</p> <p style="padding-left: 40px;">_____ (anterior)</p> <p>_____</p> <p>Ocupação parceira: _____</p> <p>(presente)</p> <p style="padding-left: 40px;">_____ (anterior)</p> <p>_____</p> <p>Filhos:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Idade</td> <td style="width: 33%;">Sexo</td> <td style="width: 33%;">Vivem em casa</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Idade	Sexo	Vivem em casa	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Estado Civil	Data:																																										
1. Solteiro	_____																																										
Relação de namoro	_____																																										
2. Co-habitação	_____																																										
3. Casado	_____																																										
4. Separado	_____																																										
5. Divorciado	_____																																										
6. Viúvo	_____																																										
7. Outro	_____																																										
Idade	Sexo	Vivem em casa																																									
_____	_____	_____																																									
_____	_____	_____																																									
_____	_____	_____																																									
_____	_____	_____																																									

[illegible]

1. Com que frequência se envolve em actividade sexual (coito) com o seu parceiro? ____ (mês)
2. Qual é a sua frequência ideal de actividade sexual (coito)? _____ (mês)
3. Com que frequência se envolve em carícias / estimulação sem coito? _____ (mês)
4. Com que frequência se masturba? _____ (mês)

DISFUNÇÕES SEXUAIS

I. PERTURBAÇÕES DO DESEJO SEXUAL *

1. Como descreveria o seu interesse pela actividade sexual? (muit alto/alto/médio/baixo/muit baixo)

1.1. O seu interesse mudou, ou é idêntico ao que sempre foi? (maior / igual / menor)

Caso o interesse seja considerado adequado, passar à secção seguinte

1.2. Há quanto tempo se sente assim? _____ meses

1.3. Se ocorreu alguma mudança, o que é que esteve associado ou o que é que causou essa mudança? (marcar todos os que se apliquem)

- ☐ 1. Stress pessoal / problemas emocionais
- ☐ 2. Doença
- ☐ 3. Problemas maritais / relacionais
- ☐ 4. Stress no parceiro / problemas emocionais
- ☐ 5. Problemas sexuais
- ☐ 6. Medicação / doença física
- ☐ 7. Gravidez / nascimento de filho

2. Tem fantasias sexuais?

- 1. Durante o coito? _____ sim _____ não
- 2. Durante a masturbação? _____ sim _____ não
- 3. Número de fantasias / sonhos acordados num dia típico _____
- 4. Com que frequência usa material sexualmente explícito (revistas, vídeos, internet)?
_____ (mês)

3. Existem alturas e situações em que tem um forte interesse /desejo sexual? (sim / não)

3.1. (se o doente se envolve em actividade sexual) Sente desejo sexual quando começa a envolver-se na actividade sexual? (muit alto/alto/médio/baixo/muit baixo)

Se o doente está deprimido ou tem outro problema médico ou psicológico que possa estar relacionado com o seu funcionamento sexual, PERGUNTE:

4. O seu interesse / desejo sexual era baixo antes dos seus problemas (depressão / médicos / medicação / psicológicos) terem iniciado ? (sim / não)

5. De que forma o seu baixo interesse pela actividade sexual tem afectado a sua vida (ex.: relacionamento com parceiro, satisfação pela actividade sexual)? (pouco /algum / muito)

6. Qual o seu grau de desconforto (mal estar) com a situação? (pouco /algum / muito)

Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo CL ____ (0-8)

Critério A: Persistente ou recorrente deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo sexual ____ (0-8)

Critério B: Mal estar ou dificuldade interpessoal ____ (0-8)

Critério C: Pode o baixo desejo sexual ser melhor explicado por outra perturbação do Eixo I? Não Sim ____

II. AVERSÃO SEXUAL *

1. Alguma vez evitou envolver-se em actividade sexual porque há alguma coisa no sexo em si mesmo que é ameaçador, repugnante ou aversivo? (sim / não)

Caso a resposta seja não, passar à secção seguinte

2. (Caso exista parceiro sexual) Quem habitualmente inicia a actividade sexual? (próprio/ambos/parceiro)
3. Quando pensa em envolver-se em actividade sexual com o seu / um parceiro, sente ansiedade, preocupação ou repugnância? (nenhuma/alguma/muita) _____

3.1. Se sim, que tipo de coisas diz para si próprio? (marcar todos os que se apliquem)

- ☐ 1. Auto-afirmações relacionadas com o desempenho
- ☐ 2. Preocupação relacionada com a satisfação do parceiro
- ☐ 3. Preocupação relacionada com doenças sexualmente transmissíveis
- ☐ 4. Preocupação com a imagem corporal
- ☐ 5. Interferência cognitiva mais genérica

4. Tem medo de envolver-se em actividade sexual? (nenhum/algum/muito) _____

5. Sente repulsa pelo sexo? (nenhuma/alguma/muita) _____

Se o doente está deprimido ou tem outro problema médico ou psicológico que possa estar relacionado com o seu funcionamento sexual, PERGUNTE:

6. Evitava ou tinha medo da actividade sexual antes dos seus problemas (depressão / médicos / medicação / psicológicos) terem iniciado ? (sim / não)

7. De que forma estes sentimentos acerca da actividade sexual têm afectado a sua vida (ex.: relacionamento com parceiro, satisfação pela actividade sexual)? (pouco /algum / muito)

8. Qual o seu grau de desconforto com a situação? (pouco /algum / muito)

Aversão Sexual

CL ____ (0-8)

Critério A: Persistente ou recorrente aversão extrema e evitamento do contacto genital ____ (0-8)

Critério B: Mal estar ou dificuldade interpessoal ____ (0-8)

Critério C: Pode a aversão sexual ser melhor explicada por outra perturbação do Eixo I? Não Sim ____

III. DISFUNÇÃO ERÉCTIL NO HOMEM

1. Tem dificuldades em atingir a erecção? (sim / não)
 - 1.1. Qual a % de ocasiões em que isto acontece? _____ (0-100%)
2. Tem dificuldades em manter a erecção? (sim / não)
 - 2.1. Qual a % de ocasiões em que isto acontece? _____ (0-100%)

Caso a resposta às duas questões seja negativa, passar à secção seguinte

3. Há quanto tempo começaram estes problemas ? _____ meses
4. Existe algum acontecimento específico associado ao início das dificuldades?
(marcar todos os que se apliquem)
 - ☐ 1. Stress pessoal / problemas emocionais
 - ☐ 2. Doença
 - ☐ 3. Problemas maritais / relacionais
 - ☐ 4. Stress no parceiro / problemas emocionais
 - ☐ 5. Doença no parceiro
 - ☐ 6. Problema sexual
 - ☐ 7. Consumo de álcool
 - ☐ 8. Medicação
 - ☐ 9. Perda do parceiro
5. Utilizando uma escala de 0 a 100, em que 0 indica ausência de erecção e 100 corresponde a uma erecção completa...
 - 5.1. Que percentagem de erecção obtém habitualmente? _____ (0 – 100%)
 - 5.2. Que percentagem descreve a melhor erecção que consegue obter? _____ (0 – 100%)
6. Em que momento perde habitualmente a sua erecção? (Marcar a resposta mais adequada)
 - ☐ 1. Erecção parcial; incapaz de atingir uma erecção suficiente para a penetração
 - ☐ 2. Perde a erecção durante os preliminares (antes de tentar a penetração)
 - ☐ 3. Perde a erecção quando tenta a penetração ou mesmo antes de a tentar
 - ☐ 4. Perde a erecção durante a penetração, mas antes da ejaculação / orgasmo
 - ☐ 5. Perde a erecção depois da ejaculação (considerar: ejaculação prematura)
 - ☐ 6. A erecção aumenta e diminui durante a penetração mas não se perde completamente
7. Tem problemas em obter ou manter a erecção durante a masturbação? (sim / não)
8. Acha que a sua capacidade de obter uma erecção depende da situação? (parceiro / masturbação / stress, fadiga, medo de interrupção, etc.) (sim / não)
9. Tem erecções matinais (ou erecções enquanto dorme)? (sim / não)
10. De que forma têm estas dificuldades afectado a sua vida (ex.: relacionamento com parceiro, satisfação pela actividade sexual)? (pouco / algum / muito) _____
11. Qual o seu grau de desconforto com a situação? (pouco / algum / muito) * _____

Disfunção Erétil no Homem

CL ____ (0-8)

Critério A: Incapacidade para obter ou manter uma adequada erecção

____ (0-8)

Critério B: Mal estar ou dificuldade interpessoal

____ (0-8)

Critério C: Pode a dificuldade sexual ser melhor explicada por outra perturbação do Eixo I? Não Sim ____

IV. EJACULAÇÃO PREMATURA

1. Alguma vez teve problemas em ejacular /vir-se antes de estar preparado? (sim / não)

1.1. Percentagem de ocasiões em que isto acontece: _____ (0 – 100%)

2. Considera isso um problema? (sim / não) _____

Caso as respostas às duas questões seja negativa, passar à secção seguinte

3. Há quanto tempo começaram estas dificuldades? _____ meses / ao longo da vida

4. Habitualmente, em que momento ejacula? (indique tudo o que se aplique)

- ☐ 1. Estimulação visual ou tocar através da roupa é suficiente
- ☐ 2. Durante estimulação manual pela parceira/o
- ☐ 3. Durante estimulação oral pela parceira/o
- ☐ 4. Durante ou logo após a penetração
- ☐ 5. Durante o coito
- ☐ 6. Outra

5. Por vezes ejacula antes da penetração, quando não o deseja? (sim / não)

6. Quanto tempo demora a atingir a ejaculação:

6.1 Durante a relação sexual com um(a) parceira _____ minutos

6.2 Durante a masturbação _____ minutos

7. Repara que modificações na situação fazem alguma diferença, por exemplo:

- ☐ 1. Atractividade do parceira/o
- ☐ 2. Novidade da situação
- ☐ 3. Intervalo de tempo desde a última experiência sexual ou ejaculação
- ☐ 4. Sexo oral
- ☐ 5. Outros factores que influenciam o período de latência para a ejaculação?

8. Descreva as suas experiências sexuais precoces:

- ☐ 1. Masturbação rápida
- ☐ 2. Coito rápido
- ☐ 3. Experiência com prostitutas
- ☐ 4. Outras: _____

9. De que forma têm estas dificuldades afectado a sua vida (ex.: relacionamento com parceiro, satisfação pela actividade sexual)? (pouco /algum / muito)

10. Qual o seu grau de desconforto com a situação? (pouco /algum / muito) *

* Ejaculação Prematura	CL ____ (0-8)
Critério A: Ejaculação com estimulação sexual mínima, antes ou logo após a penetração	____ (0-8)
Critério B: Mal estar ou dificuldade interpessoal	____ (0-8)
Critério C: Pode a dificuldade sexual ser melhor explicada por outra perturbação do Eixo I? Não Sim	____

V. PERTURBAÇÃO DO ORGASMO

1. Alguma vez teve dificuldades em atingir o orgasmo durante a actividade sexual? (sim / não)

Caso a resposta seja negativa, passar à secção seguinte

2. Em que situações ocorre habitualmente esta dificuldade?

Actividade	Ocorrência do problema	Tempo até a ejaculação (em minutos)	% em que o doente não consegue ejacular
1. Masturbação	Sim Não		
2. Coito	Sim Não		
3. Estimulação oral	Sim Não		
4. Estimulação manual	Sim Não		
5. Outra	Sim Não		

3. Há quanto tempo começaram as dificuldades? _____ meses

4. Existe algum acontecimento específico associado ao início das dificuldades: (marcar todos)

- ☐ 1. Cirurgia da próstata ou radiação para tratamento de cancro da próstata
- ☐ 2. Stress pessoal / Problemas emocionais
- ☐ 3. Doença
- ☐ 4. Problemas maritais / relacionais
- ☐ 5. Stress na parceira/o / problemas emocionais / doença na parceira/o
- ☐ 6. Problemas sexuais
- ☐ 7. Medicação
- ☐ 8. Parceiro novo
- ☐ 9. Mudança no padrão de comportamento sexual (por exemplo: estar habituado a múltiplos parceiros e agora ter apenas um parceiro)
- ☐ 10. Outro _____

5. Acha que a sua capacidade para atingir o orgasmo depende da situação? (marcar todos)

- ☐ 1. Parceiro
- ☐ 2. Masturbação vs. Parceiro
- ☐ 3. Stress
- ☐ 4. Fadiga
- ☐ 5. Outras condições que influenciam o orgasmo

6. Acha que recebe quantidade adequada de estimulação sexual nas ocasiões em que sente dificuldades em atingir o orgasmo durante a actividade sexual com um parceiro? (sim / não)

7. Considera que está subjectivamente excitado quando apresenta esta dificuldade? (sim / não)

8. Atinge o orgasmo? (sim / não)

9. De que forma têm estas dificuldades afectado a sua vida (ex: relacionamento com parceiro, satisfação pela actividade sexual)? (pouco /algum / muito) _____

10. Qual o seu grau de desconforto com a situação? (pouco /algum / muito) * _____

* Perturbação do Orgasmo no Homem CL ____ (0-8)
Critério A: Atraso ou ausência de orgasmo após uma fase de excitação normal ____ (0-8)
Critério B: Mal estar ou dificuldade interpessoal ____ (0-8)
Critério C: Pode a dificuldade sexual ser melhor explicada por outra perturbação do Eixo I? Não Sim ____

VI. DISPAREUNIA*

1. Alguma vez sentiu dor associada à actividade sexual? (sim / não)

Caso a resposta seja negativa passar á secção seguinte

2. Essa dor ocorre antes, durante ou após a actividade sexual? (antes / durante / após)

Descreva o problema:

3. Há quanto tempo começou este problema? _____ meses

4. Em que situações ocorre essa dor? (marcar todas as que se verificam)

- ☐ 1. Penetração do pénis
- ☐ 2. Qualquer contacto físico com um parceiro sexual
- ☐ 3. Auto-estimulação
- ☐ 4. Outras _____

5. Avalie se a dor é devida a: (marcar todas as que se verificam)

- ☐ 1. Falta de lubrificação / substituto (vaselina)
- ☐ 2. Duração do coito
- ☐ 3. Forma de controlo de natalidade
- ☐ 4. Actividade sexual excessivamente dura / violenta
- ☐ 5. Utilização de objectos

6. Como se sente durante a actividade sexual imediatamente antes da dor ocorrer?

7. Que pensamentos lhe passam pela cabeça imediatamente antes da dor ocorrer?

8. De que forma tem este problema afectado a sua vida (ex: relacionamento com parceiro, satisfação pela actividade sexual)? (pouco / algum / muito)

9. Qual o seu grau de desconforto com a situação? (pouco / algum / muito)

Dispareunia	CL ____ (0-8)
Critério A: Persistente ou recorrente dor genital durante a actividade sexual	____ (0-8)
Critério B: Mal estar ou dificuldade interpessoal	____ (0-8)
Critério C: Pode a dificuldade sexual ser melhor explicada por outra perturbação do Eixo I? Não Sim	____

EXPERIÊNCIAS SEXUAIS NÃO DESEJADAS

1. Alguma vez teve uma experiência sexual não desejada? ____ Sim ____ Não
2. Qual foi a sua resposta emocional enquanto o acontecimento estava a ocorrer?
 - ☐ 1. muito negativa
 - ☐ 2. moderadamente negativa
 - ☐ 3. indiferente
 - ☐ 4. positiva
 - ☐ 5. muito positiva
3. Actualmente, qual é a sua resposta emocional quando pensa acerca do acontecimento?
 - ☐ 1. muito negativa
 - ☐ 2. moderadamente negativa
 - ☐ 3. indiferente
 - ☐ 4. positiva
 - ☐ 5. muito positiva
4. Actualmente, tem sido incomodado com situações como, pensamentos ou sonhos acerca do acontecimento, ou sente mal estar quando ouve ou vê algo que o faz lembrar o acontecimento?
____ Sim ____ Não

ORIENTAÇÃO SEXUAL

1. Parceiro sexual actual (indique tudo o que se aplique)
 - ☐ 1. Nenhum
 - ☐ 2. Namorada
 - ☐ 3. Namorado
 - ☐ 4. Mulher
 - ☐ 5. Múltiplos parceiros femininos
 - ☐ 6. Múltiplos parceiros masculinos
2. Como definiria a sua orientação ou preferência sexual?
 - ____ 1. Exclusivamente heterossexual
 - ____ 2. Predominantemente heterossexual
 - ____ 3. Igualmente heterossexual e homossexual
 - ____ 4. Predominantemente homossexual
 - ____ 5. Exclusivamente homossexual

DIAGNÓSTICO DSM-IV-TR

DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS

Diagnóstico Principal			
Perturbação do desejo <input type="checkbox"/> Desejo sexual hipoactivo <input type="checkbox"/> Aversão sexual	Perturbação da excitação <input type="checkbox"/> Disfunção erétil	Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Ejaculação prematura	Perturbação de dor <input type="checkbox"/> Dispareunia
<input type="checkbox"/> Primária	<input type="checkbox"/> Secundária	<input type="checkbox"/> Generalizada	<input type="checkbox"/> Situacional
<input type="checkbox"/> Factores Psicológicos	<input type="checkbox"/> Factores Combinados	<input type="checkbox"/> Factores Orgânicos	

Diagnóstico Secundário 1			
Perturbação do desejo <input type="checkbox"/> Desejo sexual hipoactivo <input type="checkbox"/> Aversão sexual	Perturbação da excitação <input type="checkbox"/> Disfunção erétil	Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Ejaculação prematura	Perturbação de dor <input type="checkbox"/> Dispareunia
<input type="checkbox"/> Primária	<input type="checkbox"/> Secundária	<input type="checkbox"/> Generalizada	<input type="checkbox"/> Situacional
<input type="checkbox"/> Factores Psicológicos	<input type="checkbox"/> Factores Combinados	<input type="checkbox"/> Factores Orgânicos	

Diagnóstico Secundário 2			
Perturbação do desejo <input type="checkbox"/> Desejo sexual hipoactivo <input type="checkbox"/> Aversão sexual	Perturbação da excitação <input type="checkbox"/> Disfunção erétil	Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Ejaculação prematura	Perturbação de dor <input type="checkbox"/> Dispareunia
<input type="checkbox"/> Primária	<input type="checkbox"/> Secundária	<input type="checkbox"/> Generalizada	<input type="checkbox"/> Situacional
<input type="checkbox"/> Factores Psicológicos	<input type="checkbox"/> Factores Combinados	<input type="checkbox"/> Factores Orgânicos	

Diagnóstico Secundário 3			
Perturbação do desejo <input type="checkbox"/> Desejo sexual hipoactivo <input type="checkbox"/> Aversão sexual	Perturbação da excitação <input type="checkbox"/> Disfunção erétil	Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Ejaculação prematura	Perturbação de dor <input type="checkbox"/> Dispareunia
<input type="checkbox"/> Primária	<input type="checkbox"/> Secundária	<input type="checkbox"/> Generalizada	<input type="checkbox"/> Situacional
<input type="checkbox"/> Factores Psicológicos	<input type="checkbox"/> Factores Combinados	<input type="checkbox"/> Factores Orgânicos	

Diagnóstico Secundário 4			
Perturbação do desejo <input type="checkbox"/> Desejo sexual hipoactivo <input type="checkbox"/> Aversão sexual	Perturbação da excitação <input type="checkbox"/> Disfunção erétil	Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Ejaculação prematura	Perturbação de dor <input type="checkbox"/> Dispareunia
<input type="checkbox"/> Primária	<input type="checkbox"/> Secundária	<input type="checkbox"/> Generalizada	<input type="checkbox"/> Situacional
<input type="checkbox"/> Factores Psicológicos	<input type="checkbox"/> Factores Combinados	<input type="checkbox"/> Factores Orgânicos	

OUTROS DIAGNÓSTICOS

EIXO I _____

EIXO II: _____

EIXO III: _____

EIXO IV: _____ (agudo) _____ (crónico)

EIXO V: _____ (actual) _____ (ano passado)

Questionário SIS/SES Versão Masculina

(Janssen et al., 2002)

(traduzido e adaptado por Lígia Fonseca e José Pinto Gouveia, 2005)

Instruções

No presente questionário irá encontrar afirmações relacionadas com as suas possíveis reacções a várias situações, actividades ou comportamentos sexuais. Obviamente, a forma como reage depende muitas vezes das circunstâncias, mas estamos interessados em saber qual seria a sua reacção mais provável. Por favor leia cada afirmação com atenção e decida qual seria a sua reacção mais provável. Depois, assinale o número que corresponde à sua resposta. Procure responder a todas as afirmações. Poderá por vezes sentir que nenhuma das respostas parece completamente adequada. E poderá, por vezes, ler uma frase e considerar que “*não é aplicável*”. Nestes casos, seleccione a resposta que escolheria se a situação se aplicasse a si. Algumas das afirmações contêm palavras que descrevem reacções como “*sexualmente excitado*” ou, por vezes, apenas “*excitado*”. Com estes termos pretendemos descrever “*sentimentos de excitação sexual*”, sentir-se “*sexualmente estimulado*”, “*com tesão*”, “*excitado*” ou “*com vontade*”. Não pense demasiado antes de responder, mas siga o seu primeiro impulso. Tente não saltar nenhuma questão. Tente ser o mais honesto possível.

Obrigado

	Discordo fortemente	Discordo	Concordo	Concordo fortemente
1. Quando vejo fotografias eróticas, facilmente fico sexualmente excitado.	1	2	3	4
2. Se sinto que estou a ser apressado, é provável que não fique muito excitado.	1	2	3	4
3. Se estou sozinho a assistir a uma cena de sexo num filme, rapidamente fico sexualmente excitado	1	2	3	4
4. Por vezes fico sexualmente excitado apenas por estar deitado ao sol.	1	2	3	4
5. Colocar um preservativo pode fazer-me perder a erecção	1	2	3	4
6. Quando uma pessoa desconhecida sexualmente atraente me toca por acaso, facilmente fico sexualmente excitado	1	2	3	4
7. Quando tenho um jantar calmo à luz das velas com alguém que considero sexualmente atraente fico excitado	1	2	3	4
8. Se há o risco de gravidez indesejada, é provável que não fique sexualmente excitado.	1	2	3	4
9. Preciso que toquem no meu pénis para manter uma erecção	1	2	3	4
10. Quanto pratico sexo, tenho de me concentrar nos meus próprios sentimentos sexuais para manter a erecção	1	2	3	4
11. Quando me sinto sexualmente excitado, geralmente tenho uma erecção	1	2	3	4
12. Se estou a praticar sexo num local ao ar livre e isolado e penso que alguém pode estar por perto, é provável que não fique muito excitado.	1	2	3	4
13. Quando vejo alguém atraente vestido de uma forma sensual, facilmente fico sexualmente excitado	1	2	3	4
14. Quando penso que alguém sexualmente atraente quer praticar sexo comigo, rapidamente fico sexualmente excitado	1	2	3	4

15. Se eu descobrir que alguém que considero sexualmente atraente é demasiado novo, tenho dificuldade em ficar sexualmente excitado com ela/ele	1	2	3	4
16. Quando falo ao telefone com alguém que tem uma voz sensual fico sexualmente excitado	1	2	3	4
17. Quando reparo que a minha (meu) parceira(o) está sexualmente excitada(o) a minha excitação aumenta	1	2	3	4
18. Se a minha (meu) nova parceira(o) sexual não quer usar preservativo/sexo seguro, é provável que eu não permaneça excitado.	1	2	3	4
19. Não consigo ficar excitado, a não ser que me concentre exclusivamente no estímulo sexual.	1	2	3	4
20. Se sinto que esperam de mim uma resposta sexual, tenho dificuldade em ficar excitada.	1	2	3	4
21. Se estou preocupado em satisfazer sexualmente a minha (o meu) parceira(o), facilmente perco a erecção.	1	2	3	4
22. Se estou sozinho a masturbar-me e me apercebo que alguém pode entrar a qualquer momento no quarto, perco a erecção	1	2	3	4
23. É difícil ficar sexualmente excitado, a não ser que fantasie sobre uma situação muito excitante.	1	2	3	4
24. Se alguém me puder ouvir a praticar sexo, é pouco provável que permaneça sexualmente excitado.	1	2	3	4
25. Só pensar num encontro sexual passado é o suficiente para ficar sexualmente excitado.	1	2	3	4
26. Quando estou a tomar duche ou banho, facilmente fico sexualmente excitado.	1	2	3	4
27. Se me apercebo que há risco de contrair uma doença sexualmente transmissível, é provável que não permaneça sexualmente excitado	1	2	3	4
28. Se alguém me puder ver a praticar sexo, é provável que não permaneça sexualmente excitado	1	2	3	4
29. Se estou com outras pessoas a ver um filme pornográfico, rapidamente fico sexualmente excitado.	1	2	3	4
30. Quando uma pessoa desconhecida, sexualmente atraente me olha olhos nos olhos, fico excitado.	1	2	3	4
31. Se penso que praticar sexo me provocará dor, perco a erecção	1	2	3	4
32. Quando visto algo com que me sinto atraente é provável que fique sexualmente excitado	1	2	3	4
33. Se penso que posso não conseguir ter uma erecção, o mais provável é não conseguir mesmo	1	2	3	4
34. Se praticar sexo provoca dor à minha (meu) parceira(o), é provável que eu não permaneça sexualmente excitado.	1	2	3	4
35. Quando penso numa pessoa muito atraente facilmente fico sexualmente excitado.	1	2	3	4
36. Assim que consigo uma erecção, quero iniciar a penetração de imediato antes que perca a erecção	1	2	3	4
37. Quando começo a fantasiar sobre sexo, rapidamente fico sexualmente excitado	1	2	3	4
38. Quando vejo outras pessoas a praticarem actividades sexuais apetece-me fazer sexo.	1	2	3	4
39. Quando vejo uma pessoa atraente começo a ter fantasias sexuais com ela/ele	1	2	3	4
40. Se algum pensamento me distrai, facilmente perco a erecção	1	2	3	4
41. Confio muitas vezes no poder das fantasias para manter a erecção	1	2	3	4
42. Se ficar distraído por ouvir música, ver televisão ou uma conversa, é pouco provável que fique excitado.	1	2	3	4
43. Quando me sinto interessado em sexo, geralmente tenho uma erecção	1	2	3	4
44. Quando uma pessoa atraente <i>flerta</i> comigo, facilmente fico sexualmente excitado	1	2	3	4
45. Durante o acto sexual, satisfazer sexualmente a minha (o meu) parceira(o) excita-me mais.	1	2	3	4

PANAS

Mais abaixo encontram-se listadas algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Por favor, leia cada item e assinale com um círculo o número correspondente à sua resposta. **Indique em que medida sentiu geralmente** (ou seja, em média), **cada uma das emoções**.

Para registrar as suas respostas use a escala seguinte:

0 = Muito pouco ou quase nada

1 = Pouco

2 = Moderadamente

3 = Bastante

4 = Extremamente

	<i>Muito pouco ou quase nada</i>	<i>Pouco</i>	<i>Moderadamen te</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremamente</i>
1. Interessado	0	1	2	3	4
2. Perturbado	0	1	2	3	4
3. Excitado	0	1	2	3	4
4. Atormentado	0	1	2	3	4
5. Agradavelmente surpreendido	0	1	2	3	4
6. Culpado	0	1	2	3	4
7. Assustado	0	1	2	3	4
8. Caloroso	0	1	2	3	4
9. Repulsa	0	1	2	3	4
10. Entusiasmado	0	1	2	3	4
11. Orgulhoso	0	1	2	3	4
12. Irritado	0	1	2	3	4
13. Encantado	0	1	2	3	4
14. Remorsos	0	1	2	3	4
15. Inspirado	0	1	2	3	4
16. Nervoso	0	1	2	3	4
17. Determinado	0	1	2	3	4
18. Trémulo	0	1	2	3	4
19. Activo	0	1	2	3	4
20. Amedrontado	0	1	2	3	4

**ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉCTIL
(IIEF; Rosen et al., 1997, traduzido e adaptado por Pedro Nobre, 2001)**

Coloque uma cruz na resposta que mais se adequa à sua situação, tendo em conta as **últimas quatro semanas**

1. Com que frequência foi capaz de conseguir uma erecção durante a sua actividade sexual ?

- ☐ 0-Não tive actividade sexual
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

2. Quando teve erecções com estimulação sexual, qual a frequência em que estas erecções foram suficientemente rígidas para permitir a penetração ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

3. Quando tentou ter relações sexuais, quantas vezes foi capaz de penetrar a sua companheira ?

- ☐ 0-Não tentei ter relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

4. Durante as relações sexuais, quantas vezes foi capaz de manter a sua erecção depois de ter penetrado a sua companheira ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

5. Durante as relações sexuais, qual a dificuldade que teve para manter a sua erecção até ao fim da relação sexual ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Extrema dificuldade
- ☐ 2-Muita dificuldade
- ☐ 3-Dificuldade moderada
- ☐ 4-Ligeira dificuldade
- ☐ 5-Nenhuma dificuldade

6. Quantas vezes tentou ter relações sexuais ?

- ☐ 0-Não tentei
- ☐ 1-Uma a duas tentativas
- ☐ 2-Três a quatro tentativas
- ☐ 3-Cinco a seis tentativas
- ☐ 4-Sete a dez tentativas
- ☐ 5-Onze ou mais tentativas

7. Quando tentou ter relações sexuais, qual a frequência com que se sentiu satisfeito

- ☐ 0-Não tentei ter relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

8. Qual o grau de satisfação que teve com as suas relações sexuais ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Nenhuma satisfação
- ☐ 2-Pouca satisfação
- ☐ 3-Satisfação moderada
- ☐ 4-Grande satisfação
- ☐ 5-Muito grande satisfação

9. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência ejaculou ?

- ☐ 0-Não tive estimulação/relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

10. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência teve a sensação de orgasmo ou clímax ?

- ☐ 0-Não tive estimulação/relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais metade vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

11. Com que frequência sentiu desejo sexual ?

- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes
- ☐ 3-Algumas vezes
- ☐ 4-A maior parte das vezes
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

12. Como classifica o seu desejo sexual ?

- ☐ 1-Muito baixo/nenhum
- ☐ 2-Baixo
- ☐ 3-Moderado
- ☐ 4-Elevado
- ☐ 5-Muito elevado

13. Qual a sua satisfação com a sua vida sexual em geral ?

- ☐ 1-Grande insatisfação
- ☐ 2-Insatisfação moderada
- ☐ 3-Igualmente satisfeito e insatisfeito
- ☐ 4-Satisfação moderada
- ☐ 5-Grande satisfação

14. Qual a sua satisfação com o relacionamento sexual com a sua parceira ?

- ☐ 1-Grande insatisfação
- ☐ 2-Insatisfação moderada
- ☐ 3-Igualmente satisfeito e insatisfeito
- ☐ 4-Satisfação moderada
- ☐ 5-Grande satisfação

15. Qual a confiança que tem em conseguir atingir e manter uma erecção ?

- ☐ 1-Muito baixa
- ☐ 2-Baixa
- ☐ 3-Moderada
- ☐ 4-Elevada
- ☐ 5-Muito elevada

16. Quando teve erecções com estimulação sexual qual o grau de dificuldade que teve para atingir o orgasmo ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Extrema dificuldade
- ☐ 2-Muita dificuldade
- ☐ 3-Dificuldade moderada
- ☐ 4-Ligeira dificuldade
- ☐ 5-Nenhuma dificuldade

17. Qual o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo durante a actividade sexual ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Nenhuma satisfação
- ☐ 2-Pouca satisfação
- ☐ 3-Satisfação moderada
- ☐ 4-Grande satisfação
- ☐ 5-Muito grande satisfação

18. Durante as relações sexuais, com que frequência ejaculou sem o desejar, antes ou logo após a penetração?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

19. Durante as relações sexuais qual a dificuldade que teve para controlar a sua ejaculação ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Extrema dificuldade
- ☐ 2-Muita dificuldade
- ☐ 3-Dificuldade moderada
- ☐ 4-Ligeira dificuldade
- ☐ 5-Nenhuma dificuldade

20. Qual o seu nível de satisfação com a sua capacidade para controlar a ejaculação durante a actividade sexual?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Nenhuma satisfação
- ☐ 2-Pouca satisfação
- ☐ 3-Satisfação moderada
- ☐ 4-Grande satisfação
- ☐ 5-Muito grande satisfação

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO